

Lampiran 1

### **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : AULIA NURLAILI MUFAIDAH

NIM : P27824218023

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2018/2019

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul :

**“ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny “K” G<sub>1</sub>P<sub>00000</sub> MASA KEHAMILAN  
TRIMESTER III, PERSALINAN, NIFAS NEONATUS DAN KELUARGA  
BERENCANA DI PMB Ny. “U” KARAS, 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, 19 Juni 2021

Penulis

Aulia Nurlaili Mufaidah

NIM. P27824218023

## Lampiran 2

**SURAT PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : AULIA NURLAILI MUFAIDAH

NIM : P27824218023

Status : Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Kampus Magetan  
Politeknik Kesehatan Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan berkesinambungan mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan, 19 Juni 2021

Pemohon

Aulia Nurlaili Mufaidah

NIM. P27824218023

## Lampiran 3

**RIWAYAT HIDUP**

Nama : AULIA NURLAILI MUFAIDAH  
Tempat, Tanggal Lahir : NGAWI. 10 JULI 1999  
Agama : ISLAM  
Alamat : DSN. PATALAN RT.11 RW.01 DESA  
PATALAN KECAMATAN KENDAL,  
KABUPATEN NGAWI

Riwayat Pendidikan :

1. SDN PATALAN 1 KENDAL
2. SMP NEGERI 1 KENDAL
3. SMA NEGERI 1 KENDAL

## Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Khonsa Ummul Syuhada

Umur : 23 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Swasta

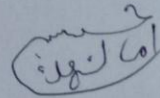
Alamat : Ds. Tambora, Krajan, Magetan

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 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, 19 Juni 2021

Yang Menyatakan

  
 ( Khonsa )

## Lampiran 5

Nama / Suami : Hy. Khonza  
 Tanggal lahir / umur : 23 tahun  
 Alamat : Ds. Tembo, Karu, Magetan  
 Telepon :

## FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)

Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai!

## GEJALA

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

## FAKTOR RISIKO

| NO. | PERTANYAAN FAKTOR RISIKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | YA | TIDAK |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 1.  | Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkit di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala.<br>Asal Kota :<br>Kapan anda datang :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | ✓     |
| 2.  | Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih :<br>a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19<br>b. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU ;<br>c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi) ATAU ;<br>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 ?<br>1. Asal Kota :<br>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, 19 Juni 2021

Petugas Skrining

Responden

Saksi

.....  
 A. H. S. A.



.....  
 Saksi

## CARA PENILAIAN

| Pasien Dalam Pengawasan (PDP)                                                                                                              | Orang Dalam Pemantauan (ODP)                                                                                                              | Kesimpulan (lingkari salah satu)                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Gejala No.1 + No.2 + No. 3 DAN Faktor Resiko No. 1<br>ATAU<br>Gejala No.1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih factor resiko No.2 dan No.3 | Gejala No. 1 atau No. 2 DAN fasiko No.1<br>ATAU<br>Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19 | Pasien Dalam Pengawasan (PDP)<br>Orang Dalam Pengawasan (ODP)<br>Bukan Keduanya |

## Lampiran 6

**TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR**

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

## 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 7

## KARTU SKOR PUDJI ROCHJATI

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

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.

Hamil ke ..... Haid Terakhir tgl : ..... Perkiraan Persalinan tgl : ..... bl

Pendidikan : Ibu ..... Suami .....

Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

| KEL.<br>F.R. | II<br>NO.   | III<br>Masalah / Faktor Risiko                                                                                                                        | IV<br>SKOR            | Tribulan |    |       |       |
|--------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|----|-------|-------|
|              |             |                                                                                                                                                       |                       | I        | II | III.1 | III.2 |
|              |             | Skor Awal Ibu Hamil                                                                                                                                   | 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 :<br>a. Tarikan tang / vakum<br>b. Uri dirogoh<br>c. Diberi infus/Transfusi                                                  | 4<br>4<br>4           |          |    |       |       |
| II           | 10          | Pernah Operasi Sesar                                                                                                                                  | 8                     |          |    |       |       |
|              | 11          | Penyakit pada ibu hamil :<br>a. Kurang darah b. Malaria<br>c. TBC Paru d. Payah jantung<br>e. Kencing Manis (Diabetes)<br>f. Penyakit Menular Seksual | 4<br>4<br>4<br>4<br>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                     |          |    |       |       |
|              | 17          | Letak Sungsang                                                                                                                                        | 8                     |          |    |       |       |
|              | 18          | Letak Lintang                                                                                                                                         | 8                     |          |    |       |       |
|              | 19          | Pendarahan dalam kehamilan ini                                                                                                                        | 8                     |          |    |       |       |
| III          | 20          | Preeklampsia Berat / Kejang-2                                                                                                                         | 8                     |          |    |       |       |
|              | JUMLAH SKOR |                                                                                                                                                       |                       |          |    |       |       |

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

| JML.<br>SKOR | KEL.<br>RISIKO | PERA<br>WATAN | RUJUKAN       | PERSALINAN DENGAN RISIKO |              |         |
|--------------|----------------|---------------|---------------|--------------------------|--------------|---------|
|              |                |               |               | TEMPAT                   | PENOLONG     | RUJUKAN |
|              |                |               |               |                          |              |         |
| 2            | 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       |         |

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. Dukun  
3. Bidan  
4. Puskesmas

**RUJUKAN KE :** 1. Bidan  
2. Puskesmas  
3. Rumah Sakit

**RUJUKAN :**  
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTIt)

**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. Uri 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. Lain-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 .....  
**BAYI :**  
1. Berat lahir : .... gram, Laki-2/Perempuan  
2. Lahir hidup : Apgar Skor : .....  
3. Lahir mati, penyebab .....  
4. Mati kemudian, umur .... hr, penyebab .....  
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

**TEMPAT KEMATIAN IBU :**  
1. Rumah ibu  
2. Rumah bidan  
3. Polindes  
4. Puskesmas  
5. Rumah Sakit  
6. Perjalanan  
7. Lain-2 .....

**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 : .....

## Lampiran 8

**TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA**  
**Dilakukan pada Usia Kehamilan 12-20 Minggu**

Nama/Suami : Status Gravida :  
 Umur : Umur Kehamilan :  
 Alamat : Tanggal Skrining :

| I   | PEMERIKSAAN FISIK DAN ANAMNESIS |                                                                                                              |   |    |       |
|-----|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-------|
|     |                                 |                                                                                                              | * | Ya | Tidak |
|     | 1                               | Riwayat Keluarga Pre Eklamsia                                                                                |   |    |       |
|     | 2                               | Primigravida                                                                                                 |   |    |       |
|     | 3                               | Primutua sekunder (jarak antar kehamilan > 10 <sup>th</sup> )                                                |   |    |       |
|     | 4                               | Usia > 35 tahun                                                                                              |   |    |       |
|     | 5                               | Body Mass Index BB/TB <sup>2</sup> > 30 / Obesitas*                                                          |   |    |       |
|     | 6                               | Mean Arterial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3)>90*                                                          |   |    |       |
|     | 7                               | Roll Over Test (perbandingan Diastolik Miring kiri (left lateral Recumbent) dan Terlentang (supine) >15 mmHg |   |    |       |
|     |                                 | <b>Hasil &gt; 2 (Positif)</b>                                                                                |   |    |       |
| II  | 1                               | <b>Riwayat Khusus</b>                                                                                        |   |    |       |
|     | 2                               | Riwayat Hipertensi Dalam Kehamilan                                                                           |   |    |       |
|     | 3                               | Hipertensi Kronis                                                                                            |   |    |       |
|     | 4                               | Kelainan Ginjal                                                                                              |   |    |       |
|     | 5                               | Diabetes                                                                                                     |   |    |       |
|     | 6                               | Penyakit Autoimun                                                                                            |   |    |       |
|     |                                 | <b>Hasil 1 positif</b>                                                                                       |   |    |       |
| III |                                 | <b>Doppler Velosimetri Arteri Uterina &gt; 16 minggu</b>                                                     |   |    |       |
|     | 1                               | Peningkatan resistensi dan atau                                                                              |   |    |       |
|     | 2                               | Notching (+)                                                                                                 |   |    |       |
|     |                                 | <b>Hasil 1 positif</b>                                                                                       |   |    |       |
|     |                                 | <b>Hasil Akhir Skrining</b>                                                                                  |   |    |       |

## Lampiran 9

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

Nama/Suami :

Umur :

Alamat :

Status Gravida :

Umur Kehamilan :

Tanggal Skrining :

|    | FAKTOR RISIKO ANTENATAL | Ya | Tidak | FAKTOR RISIKO PERSALINAN | Ya | Tidak |
|----|-------------------------|----|-------|--------------------------|----|-------|
| 1  | Usia >35 tahun          |    |       | Induksi persalinan       |    |       |
| 2  | BMI >30                 |    |       | Partus lama              |    |       |
| 3  | Grandemulti             |    |       | - Kala I                 |    |       |
| 4  | Postdate                |    |       | - Kala II                |    |       |
| 5  | Makrosomia              |    |       | - Kala III               |    |       |
| 6  | Gemeli                  |    |       | Epidural Analgesia       |    |       |
| 7  | Myoma                   |    |       | Vakum/forcep             |    |       |
| 8  | APB                     |    |       | Episiotomy               |    |       |
| 9  | Riwayat HPP             |    |       | Koriomnitis              |    |       |
| 10 | Riwayat SC              |    |       | Riwayat SC               |    |       |
|    | Hasil Akhir Skrining    |    |       |                          |    |       |

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

## Lampiran 10

## PARTOGRAF

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

|                                                                     |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Denyut Jantung Janin<br>( /menit)                                   | 200                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 190                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 180                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 170                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 160                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 150                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 140                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 130                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 120                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 110                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 100                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 90                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 80                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Air ketuban Penyusupan                                              | <input type="text"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Pembukaan serviks (cm) beri tanda x<br>Turunnya kepala beri tanda o | 10                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 9                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 8                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 7                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 6                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 5                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 4                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 3                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 2                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 1                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 0                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Waktu (jam)                                                         |                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Kontraksi tiap 0 Menit                                              | < 20                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 20-40                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | > 40                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | ( dok )              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Oksitosin U/L tetes/menit                                           | <input type="text"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Obat dan Cairan IV                                                  | <input type="text"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| • Nadi                                                              | 180                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 170                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 160                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 150                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 140                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 130                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 120                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 110                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 100                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 90                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 80                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 70                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                     | 60                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Suhu °C                                                             | <input type="text"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 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 pada saat merujuk :  
☐ Bidan ☐ Teman  
☐ Suami ☐ Dukun  
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

#### KALA I

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

#### KALA II

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

#### KALA III

20. Lama kala III : .....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 |  | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|------|--|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1      |       |               |      |  |                     |                  |               |            |
|        |       |               |      |  |                     |                  |               |            |
|        |       |               |      |  |                     |                  |               |            |
| 2      |       |               |      |  |                     |                  |               |            |
|        |       |               |      |  |                     |                  |               |            |

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

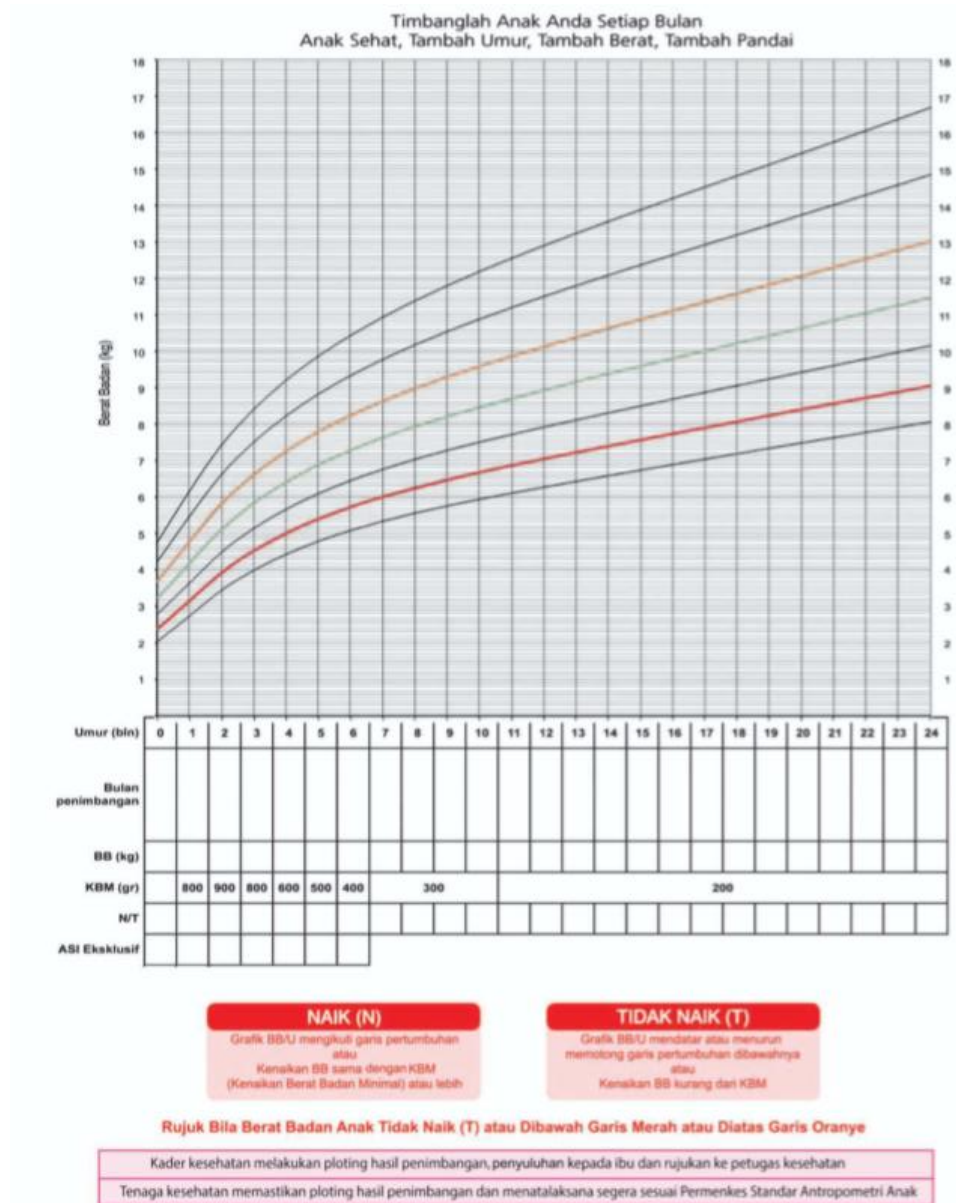
24. Masase fundus uteri ?  
☐ Ya.  
☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak  
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak  
☐ Ya, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
27. Laserasi :  
☐ Ya, 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 : ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

#### BAYI BARU LAHIR :

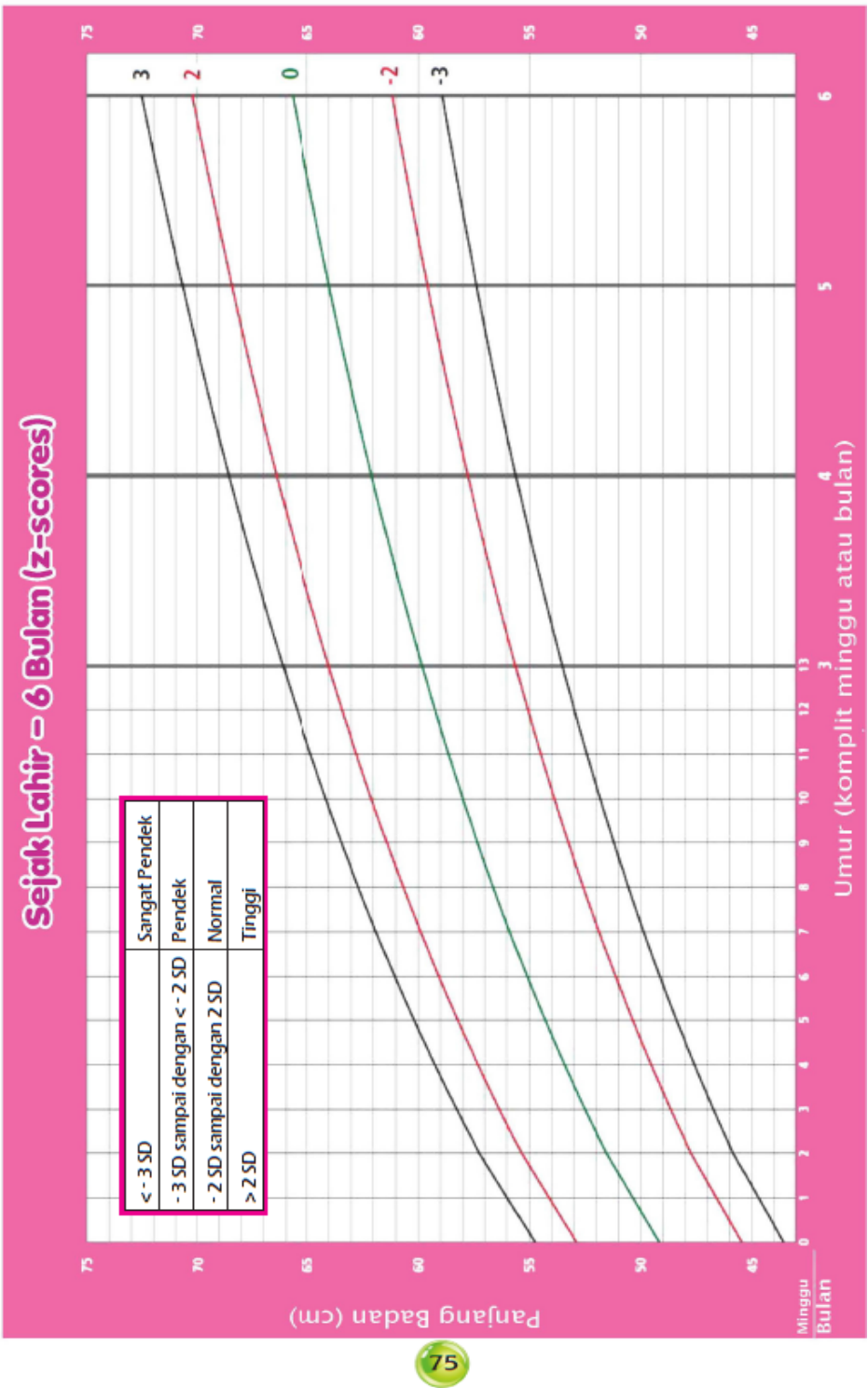
34. Berat badan .....gram
35. Panjang ..... cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :  
☐ Normal, tindakan :  
☐ mengeringkan  
☐ menghangatkan  
☐ rangsang taktil  
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :  
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas  
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan  
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
☐ lain - lain sebutkan .....
39. 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 11

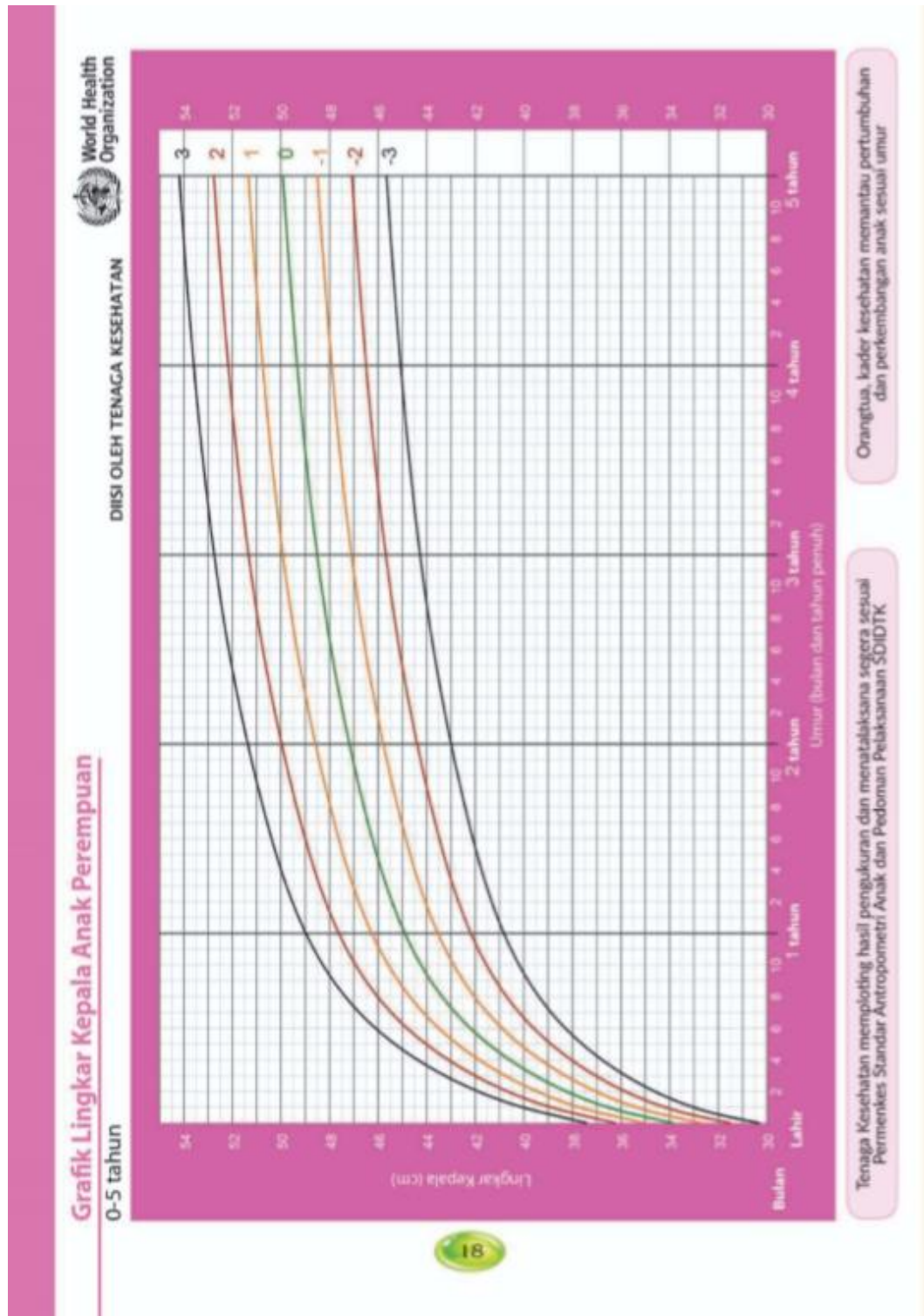
Tabel KMS Anak Perempuan



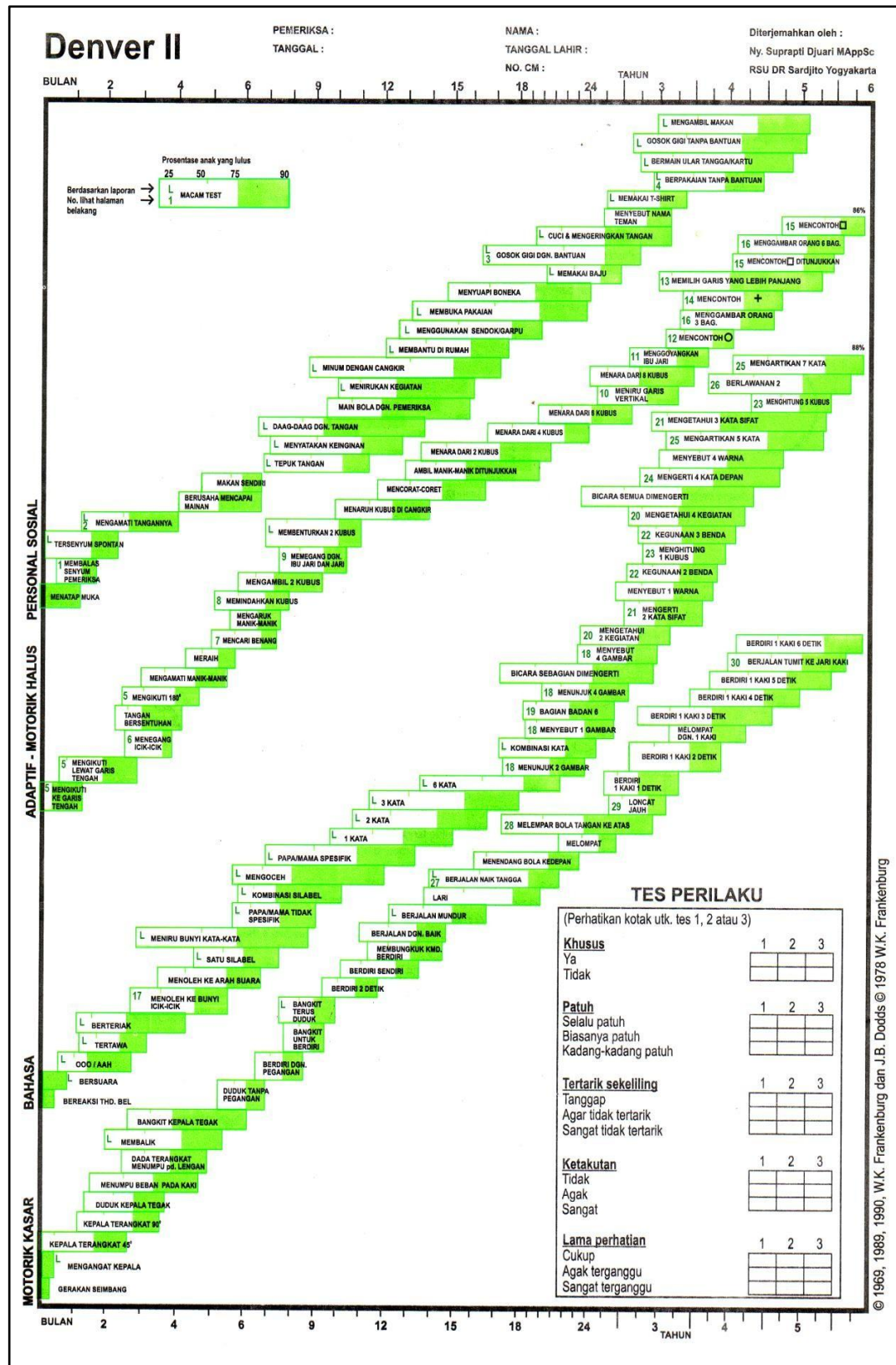
GRAFIK PANJANG BADAN ANAK PEREMPUAN MENURUT UMUR



Lampiran 13

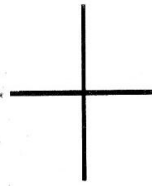
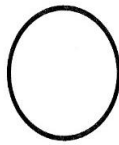


## Lampiran 14



### 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 benik/ruitsliting 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 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  $30^\circ$  atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menurunkan dan tidak menggerakkan jari selain ibu jari.



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

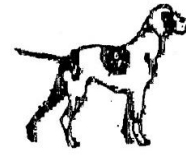
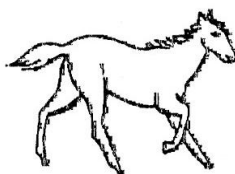
13. Garis mana yang lebih panjang ? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)

14. Lulus asal garis menyilang

15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasi - kan

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  $\pm 1$  m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir  $\pm 22$  cm ( $8\frac{1}{2}$ ).
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak  $\pm 2\frac{1}{4}$  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 15

Tabel Penggunaan APD

| TABEL PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI               |                                                  |                  |                     |         |             |          |      |       |               |                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|---------------------|---------|-------------|----------|------|-------|---------------|-----------------|
| LOKASI                                             | PELAYANAN                                        | Pelindung Kepala | Masker              | Goggles | Face shield | Coverall | Gown | Apron | Sarung tangan | Sepatu          |
| Fasilitas rawat jalan : Poli KIA FKTP maupun FKRTL | ANC ,PNC                                         | V                | Bedah <sup>*)</sup> |         | V           |          | V    |       | V             | Sepatu tertutup |
| Fasilitas rawat inap, IGD, VK, kamar operasi       | Persalinan non COVID-19                          | V                | N95                 | V       | V           |          | V    | V     | V             | Boots           |
| Fasilitas IGD, VK                                  | Persalinan dengan suspek/ terkonfirmasi COVID-19 | V                | N95                 | V       | V           | V        |      | V     | V             | Boots           |
| Fasilitas kamar operasi                            | SC                                               | V                | N95                 | V       | V           | V        |      | V     | V             | Boots           |

\*) Bila ada pemeriksaan membuka mulut atau yang menimbulkan aerosol, gunakan masker N95.

| LOKASI                                       | PELAYANAN                                                                                                                                     | Pelindung Kepala | Masker              | Goggles | Face shield | Coverall | Gown | Apron | Sarung tangan | Sepatu          |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|---------|-------------|----------|------|-------|---------------|-----------------|
| Fasilitas kamar operasi, VK                  | Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/ <i>Probable</i> / Terkonfirmasi COVID-19                                                           | V                | N95                 | V       | V           | V        |      | V     | V             | Boots           |
| APD untuk mencegah penularan aerosol         |                                                                                                                                               |                  |                     |         |             |          |      |       |               |                 |
| Fasilitas ruang perawatan bayi baru lahir    | Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/ <i>Probable</i> / Terkonfirmasi COVID-19 <b>dengan tindakan non aerosol generated</b>              | V                | N95 / bedah 3 lapis | V       | V           |          | V    |       | V             | Sepatu tertutup |
| APD untuk mencegah penularan droplet         |                                                                                                                                               |                  |                     |         |             |          |      |       |               |                 |
| Fasilitas ruang perawatan khusus (NICU, HCU) | Perawatan bayi yang lahir dari ibu Suspek/ <i>Probable</i> / Terkonfirmasi COVID-19 <b>dengan tindakan aerosol generated</b> <sup>**) )</sup> | V                | N95                 | V       | V           | V        |      | V     | V             | Boots           |
| APD untuk mencegah penularan aerosol         |                                                                                                                                               |                  |                     |         |             |          |      |       |               |                 |

\*\*) Tindakan yang dapat menimbulkan aerosol (*aerosol generated*) yaitu :

- ✓ Intubasi
- ✓ Penghisapan saluran napas
- ✓ Inhalasi (tidak dianjurkan)
- ✓ Terapi oksigen nasal kanul dengan oksigen lebih dari 2 lpm
- ✓ Terapi oksigen non-invasif (CPAP, NIPPV, HFN) dan invasif (ventilator mekanik, HFO)



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

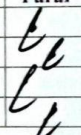


Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318  
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565  
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

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

**KARTU BIMBINGAN LTA**

**Nama Mahasiswa** : AULIA NURLAILI MUFAIDAH  
**NIM** : P27824218023  
**Judul LTA** : Asuhan Kebidanan Pada Ny. K Masa Kehamilan Trimester III,  
Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. U,  
Karas Magetan  
**Pembimbing I** : Nurweningtyas W., S.Kep.Ners., M.M.Kes

| No. | Tanggal   | Uraian Kegiatan Bimbingan                | Paraf                                                                               |
|-----|-----------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | 10-3-2021 | Konsultasi revisi pasca seminar proposal |  |
| 2.  | 10-3-2021 | Acc dilanjutkan jilid                    |                                                                                     |
| 3.  | 04-8-2021 | Konsultasi revisi pasca sidang LTA       |                                                                                     |
| 4.  | 05-8-2021 | Acc dilanjutkan jilid                    |                                                                                     |

Mengetahui  
Kaprod D III Kebidanan Kampus Magetan



Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb  
NIP. 19800222 200501 2 009

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 : prodi.kebidananmagetan@yahoo.co.id

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

**KARTU BIMBINGAN LTA**

Nama Mahasiswa : AULIA NURLAILI MUFAIDAH  
NIM : P27824218023  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. K Masa Kehamilan Trimester III,  
Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. U.  
Karas Magetan  
Pembimbing I : Sulikah, SST., M.Kes

| No. | Tanggal   | Uraian Kegiatan Bimbingan                                              | Paraf |
|-----|-----------|------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.  | 7-1-2021  | Sistematika penulisan dan Bab 1                                        | 4     |
| 2.  | 26-1-2021 | Konsultasi Solusi Permasalahan di Era Covid-19 dan sesuai kasus        | 4     |
| 3.  | 5-2-2021  | Konsultasi Pembuatan Tabel, Isi Bab 2 kehamilan                        | 4     |
| 4.  | 8-2-2021  | Konsultasi Revisi Bab 2 Kehamilan dan Persalinan                       | 4     |
| 5.  | 15-2-2021 | Konsultasi Bab 2 Hamil, Gejala Covid-19, Derajat Perineum              | 4     |
| 6.  | 19-2-2021 | Konsultasi Bab 2 Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus, Intervensi Covid-19 | 4     |
| 7.  | 23-2-2021 | Konsultasi Bab 2 Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus, dan KB              | 4     |
| 8.  | 25-2-2021 | Acc Bab 2                                                              | 4     |
| 9.  | 10-3-2021 | Konsultasi Revisi Pasca Sidang Proposal                                | 4     |
| 10. | 12-3-2021 | Acc Dilanjutkan Jilid                                                  | 4     |
| 11. | 9-7-2021  | Konsultasi Bab 3, Bab 4, Bab 5                                         | 4     |
| 12. | 26-7-2021 | Konsultasi Online Bab 3, Bab 4, Bab 5                                  | 4     |
| 13. | 3-8-2021  | Konsultasi Revisi Pasca Sidang LTA                                     | 4     |
| 14. | 10-8-2021 | Konsultasi Revisi Pasca Sidang LTA                                     | 4     |
| 15. | 10-8-2021 | Acc Dilanjutkan Jilid                                                  | 4     |



Mengetahui  
Keprodi D III Kebidanan Kampus Magetan

Teta Puji Rahayu, SST., M.Kes  
NIP. 19800222 200501 2 009

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 : AULIA NURLAILI MUFAIDAH  
NIM : P27824218023  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. K Masa Kehamilan Trimester III,  
Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. U,  
Karas Magetan  
Pembimbing I : Tutiek Herlina, SKM, M.M.Kes

| No. | Tanggal   | Uraian Kegiatan Bimbingan                             | Paraf |
|-----|-----------|-------------------------------------------------------|-------|
| 1.  | 6-1-2021  | Konsultasi Bab 1                                      |       |
| 2.  | 3-2-2021  | Konsultasi Bab 1                                      |       |
| 3.  | 22-2-2021 | Konsul Bab 2 Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus, dan KB |       |
| 4.  | 25-2-2021 | Acc Bab 2                                             |       |
| 5.  | 12-3-2021 | Konsultasi Revisi Pasca Sidang Proposal               |       |
| 6.  | 12-3-2021 | Acc dilanjutkan Jilid                                 |       |
| 7.  | 28-7-2021 | Konsultasi Bab 3, Bab 4, Bab 5                        |       |
| 8.  | 29-7-2021 | Konsultasi Bab 3, Bab 4, Bab 5                        |       |
| 9.  | 29-7-2021 | Acc Bab 3, Bab 4, Bab 5                               |       |
| 10. | 3-8-2021  | Konsultasi revisi pasca sidang LTA                    |       |
| 11. | 9-8-2021  | Konsultasi revisi pasca sidang LTA                    |       |
| 12. | 10-8-2021 | Konsultasi revisi pasca sidang LTA                    |       |
| 13. | 10-8-2021 | Acc dilanjutkan jilid                                 |       |

Mengetahui  
Kaprodi D III Kebidanan Kampus Magetan

**Teta Puji Rahayu, SST., M.Kes**  
NIP. 19800322200501 2 009

Koordinator Akademik

**Tinuk Esti Handayani, SST, M.Kes**  
NIP. 19690317198903 2 004