

Lampiran 1

**LAMPIRAN**  
**LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : CORNELIA RENGGA MAURIA

NIM : P27824220014

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, Februari 2023

Pemohon



CORNELIA RENGGA MAURIA  
P27824220014

## Lampiran 2

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

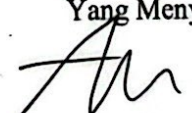
Nama : Bella Dwi Regista Syukur  
 Umur : 25 tahun  
 Pendidikan : S2  
 Pekerjaan : IRT  
 Alamat : Dsn. Bulu 02. RW.02. Desa Ploso. Kendal

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 pascasalinoleh Mahasiswi Prodi D III Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* tersebut.

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

Magetan, 17 Feb 2023

Yang Menyatakan

  
 (.....Bella Dwi Regista Syukur.....)

## Lampiran 3

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : CORNELIA RENGGA MAURIA

NIM : P27824220014

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2020

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “B” Masa Kehamilan, Persalinan, Nifas,**

**Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Bidan “S” Panekan 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, 2023

Pemohon

**CORNELIA RENGGA MAURIA**  
**P27824220014**

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

**Nama : CORNELIA RENGGA MAURIA**

**Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 28 Agustus 2001**

**Agama : Islam**

**Alamat : Desa Glonggong, RT. 26, RW. 02, Kec. Dolopo, Kab.  
Madiun**

**Riwayat Pendidikan :**

- 1. SDN Glonggong 03**
- 2. SMPN 1 Geger, Uetran**
- 3. SMAN 1 Geger, Uteran**

## Lampiran 5

| BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNYANYA PADA RIWAYAT CPW (C),<br>SAAT IIAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI(E) |                                                                                                                                                               |                                                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| NO                                                                                                                                            | RIWAYAT IMUNISASI TT                                                                                                                                          | PERNAH/TIDAK<br>DIIMUNISASI DPT/DPT-<br>HB/DT/TT/Td? | KESIMPULAN<br>STATUS TT? |
| 1                                                                                                                                             | 2                                                                                                                                                             | 3                                                    | 4                        |
| A                                                                                                                                             | RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI                                                                                                                        |                                                      |                          |
|                                                                                                                                               | BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990                                                                                                                            | ✓                                                    | T <sub>2</sub>           |
| 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                                                                                                                                                     |                                                      | ✓                        |
|                                                                                                                                               | b. Kelas2                                                                                                                                                     |                                                      | ✓                        |
|                                                                                                                                               | c. Kelas3                                                                                                                                                     |                                                      | ✓                        |
| C                                                                                                                                             | SAAT CALON PENGANTIN                                                                                                                                          |                                                      |                          |
| D                                                                                                                                             | SAAT IIAMIL                                                                                                                                                   |                                                      |                          |
|                                                                                                                                               | a. Hamil1                                                                                                                                                     |                                                      |                          |
|                                                                                                                                               | b. Hamil2                                                                                                                                                     |                                                      |                          |
|                                                                                                                                               | c. Hamil3                                                                                                                                                     |                                                      |                          |
|                                                                                                                                               | d. Hamil4                                                                                                                                                     |                                                      |                          |
| E                                                                                                                                             | LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI<br>DIFTERI)<br>CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN<br>AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP<br>(2009-2010), ORI DIFTERI2001 |                                                      |                          |
| STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG<br>SUDAH DIDAPATKAN)                                                             |                                                                                                                                                               |                                                      |                          |

**KETERANGAN :**

|    |                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Vaksinasi bayi DPT3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang                                                       |
| 2. | Vaksinasi anak SD/MI(BIAS)DT&TT tahun 1984-1997=kelas I laki+perempuan(DT 2 ds)& kelas 6 perempuan (TT 2ds) |
| 3. | Vaksinasi anak SD/MI(BIAS)DT&TT tahun 1998-2000=kelas I(DT)s/d kelas 2-6(TT)                                |
| 4. | Vaksinasi anak SD/MI(BIAS) DT&TT tahun 2001-sekarang=kelas 1,2 & 3                                          |
| 5. | Vaksinasi CPW/CATIN&BUMILTT2 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. B 31/5/22 Umur Ibu: 25 Th. 9/23  
 Hamil ke: 1 Haid Terakhir tgl: 9/23 Perkiraan Persalinan tgl: 9/23 M  
 Pendidikan: Ibu S2 Suami NY. I (S2)  
 Pekerjaan: Ibu IRT Suami Dasen

| KEL<br>F.R.        | NO.                       | Masalah / Faktor Risiko                              | SKOR | Tribesat |    |     |    |
|--------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|------|----------|----|-----|----|
|                    |                           |                                                      |      | I        | II | III | IV |
|                    |                           | Skor Awal Ibu Hamil                                  | 2    |          |    |     |    |
| I                  | 1                         | Tertalu muda, hamil I < 16 th                        | 4    |          |    |     |    |
|                    | 2                         | a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th               | 4    |          |    |     |    |
|                    |                           | b. Tertalu tua, hamil I > 35 th                      | 4    |          |    |     |    |
|                    | 3                         | Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)                    | 4    |          |    |     |    |
|                    | 4                         | Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)                    | 4    |          |    |     |    |
|                    | 5                         | Tertalu banyak anak, 4 / lebih                       | 4    |          |    |     |    |
|                    | 6                         | Tertalu tua, umur > 35 tahun                         | 4    |          |    |     |    |
|                    | 7                         | Tertalu pendek < 145 Cm                              | 4    |          |    |     |    |
|                    | 8                         | Pernah gagal kehamilan                               | 4    |          |    |     |    |
|                    | 9                         | Pernah melahirkan dengan:                            |      |          |    |     |    |
|                    | a. Tanjak tang / vakum    | 4                                                    |      |          |    |     |    |
|                    | b. Uti diregoh            | 4                                                    |      |          |    |     |    |
|                    | c. Diberi infus/Transfusi | 4                                                    |      |          |    |     |    |
|                    | 10                        | Pernah Operasi Sesar                                 | 8    |          |    |     |    |
| II                 | 11                        | Penyakit pada ibu hamil:                             |      |          |    |     |    |
|                    |                           | a. Kencing 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    |          |    |     |    |
| III                | 17                        | Lesak Surung                                         | 8    |          |    |     |    |
|                    | 18                        | Lesak Lintang                                        | 8    |          |    |     |    |
|                    | 19                        | Pendarahan dalam kehamilan ke-1                      | 8    |          |    |     |    |
|                    | 20                        | Preeklampsia Berat / Kejang 2                        | 8    |          |    |     |    |
| <b>JUMLAH SKOR</b> |                           |                                                      |      |          |    |     |    |

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

| JML<br>SKOR | KEL<br>RUMAH | KEL<br>GASTAN | RUJUKAN | TEMPAT  | PERSALINAN DENGAN RISIKO |         |         |         |
|-------------|--------------|---------------|---------|---------|--------------------------|---------|---------|---------|
|             |              |               |         |         | PERS<br>KAWIN            | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN |
| 1           | KAWIN        | SOSOK         | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN                  | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN |
| 6-8         | KAWIN        | SOSOK         | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN                  | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN |
| 12          | KAWIN        | SOSOK         | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN                  | RUJUKAN | RUJUKAN | RUJUKAN |

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

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

Tempat Persalinan Kehamilan: 1. Puskesmas 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 Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Tidak Berencana (RTB)  
 Rujukan Dalam Rumah (RDR) 3. Rujukan Terencana (RTT)

**Gawat Obstetrik:**  
 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

**Kel. Faktor Risiko I & II**

**Gawat Darurat Obstetrik:**  
 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

**Kel. Faktor Risiko III**

**Kompikasi Obstetrik**  
 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

**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-lain

**MACAM PERSALINAN:**  
 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN:**

**IBU:**  
 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab: a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus aterm d. Infeksi e. Lain-lain

**BAYI:**  
 1. Berat lahir: \_\_\_\_ gram, Laki-laki/Perempuan  
 2. Lahir hidup: Ya/Tidak  
 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

**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 Binaan:** 1. Ya 2. Tidak

**Sumber Biaya:** Mandiri / Bantuan: \_\_\_\_

## Lampiran 7

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

**Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu**

| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | -             |
| Keterangan Sistem Skoring:<br>Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 risiko sedang <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> dan atau,</li> <li>• 1 risiko tinggi <span style="background-color: red; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span></li> </ul> * Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, MFD, kelahiran premature<br>** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC |               |               |

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Ibu tidak berisiko PE

Bilamana ibu berisiko preeklamsia 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)

Dokter Pemeriksa,

(.....)

## Lampiran 8

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

Nama/Suami : Ny. B / Tn. I  
 Umur : 25 thn / 31 thn  
 Alamat : Ploso Kendal  
 Status Gravida : G1P00000  
 Umur Kehamilan : 36-37 mng  
 Tanggal Skrining : 17 Feb Maret 2023

|    | 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 IIPP            |    | ✓     | Korionnitis              |    | ✓     |
| 10 | Riwayat SC              |    | ✓     | Riwayat SC               |    | ✓     |
|    | Hasil Akhir Skrining    |    | ✓     |                          |    |       |

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

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

## Lampiran 9

Nama / Suami : Mr. B  
 Tanggal lahir / umur : 25 thn  
 Alamat : Ploso, Kendal  
 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**

| 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 balik 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, .....

Petugas Skrining

Responden

Saksi

Materai  
10.000;

**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 faktor No.1 ATAU                                           | Pasien Dalam Pengawasan (PDP)    |
| Gejala No.1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih faktor risiko No.2 dan No.3 | Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19 | Orang Dalam Pengawasan (ODP)     |
|                                                                              |                                                                                        | Bukan Keduanya                   |

## Lampiran 10

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN  
ANAMNESE

Tgl : 11 Maret 2023 Jam : 05.00  
 Hls mulai tgl : 12 Maret 2023 Jam : 02.00  
 Darah : -  
 Lendir : -  
 Ketuban pecah / belum : Jam : -  
 Keluhan lain : -

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 100/80 mmHg  
 Suhu/ Nadi : 36°C / 79 x/menit  
 Oedema : -  
 Lain lain : -

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

1. Palpasi : Puka  
 2. DII : 138 x/menit  
 3. Hic 10" : 2x 10" a. Lama : 30 detak  
 4. VT. Tgl : 11 Maret 2023 Jam : 09.00  
 5. Hasil : V/V TNA  $\phi$  1cm, ket  $\oplus$  eff 108. Proskep  
 6. Pemeriksa : H.II.

OBSERVASI KALA I (Fase Laten  $\leq 4$  cm)

| Tanggal       | Jam   | Hic 10" |       | DII | Tensi  | Suhu | Nadi | VT                                                     | Keterangan |
|---------------|-------|---------|-------|-----|--------|------|------|--------------------------------------------------------|------------|
|               |       | Awal    | Akhir |     |        |      |      |                                                        |            |
| 11/2023<br>03 | 05.00 | 2x10    | 30    | 138 | 100/80 | 36   | 79   | V/V TNA $\phi$ 1cm<br>ket $\oplus$ eff 108<br>Proskep. |            |
|               |       | 2x10    | 30    | 136 |        |      |      |                                                        |            |
|               |       | 3x10    | 30    | 138 |        |      |      |                                                        |            |
|               |       | 3x10    | 40    | 132 |        |      |      |                                                        |            |
|               |       | 4x10    | 40    | 138 |        |      |      |                                                        |            |
|               |       | 4x10    | 40    | 140 |        |      |      |                                                        |            |



## CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 11-03-2023
- Nama Bidan : .....
- Tempat Persalinan :  
☐ Rumah Iba ☐ Puskesmas  
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit  
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya PMB
- 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 :  
☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

## KALA I

- Partograf melewati garis waspada : Y 1
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tsb : .....
- Hasilnya : .....

## KALA II

- Epektomi :  
☐ Ya, indikasi : .....
- Pendamping pada saat persalinan :  
☒ Suami ☐ Teman ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada
- Gawat janin :  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....  
☒ Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : .....
- Distosis bahu :  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan : .....
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya : .....

## KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini :  
☒ Ya  
☐ Tidak, alasannya : .....
- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10IU IM?  
☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan  
☐ Tidak, alasan : .....
- Perjepitan tali pusat : .....
- Pemberian alang Oksitosin (2x) ?  
☐ Ya, alasan : .....
- 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      | 14.15 | 110/70        | 80   | 36   | 25rd pst            | Bulat keras      | Kosong        | 250 cc          |
|        | 14.30 | 110/80        | 80   |      |                     |                  |               | 100 cc          |
|        | 14.45 | 110/80        | 80   |      |                     |                  |               | 100 cc          |
|        | 15.00 | 110/80        | 80   |      |                     |                  |               | 100 cc          |
| 2      | 15.30 | 110/80        | 80   | 36   |                     |                  |               | 100 cc          |
|        | 16.00 | 110/80        | 80   |      |                     |                  |               | 100 cc          |

1.2. Partograf Halaman Belakang

## 24. Menease fundus uteri ?

- ☒ Ya  
☐ Tidak, alasan : .....

25. Plasenta lahir lengkap (intact) Y / Tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :

- a. ....  
 b. ....  
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit :  
☒ Tidak  
☐ Ya, tindakan : .....

27. Lacerasi : Mukosa, otot, kulit☒ Ya, dimana : .....☐ Tidak28. Jika lacerasi perineum, derajat : 1 2 3 4Tindakan : ☒ Persekitan derajat / tanpa anestesi☐ Tidak ojah, alasan : .....29. Atonia uteri :  
☐ Ya, tindakan : .....☒ Tidak30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan 250 ml

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

Hasilnya : .....

## KALA IV

Baik 10/90

32. Kondisi ibu: RL: 80 mmHg TD: 80 mmHgNadi: 80 x/mnt Napas: 20 /mnt

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

Hasilnya : .....

## BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan : 3090 gram35. Panjang badan : 49 cm36. Jenis kelamin : L 137. Penilaian bayi baru lahir : Baik / Ada penyulit38. Bayi lahir :  
☒ Normal, tindakan :  
☒ mengeringkan  
☒ menghangatkan  
☒ rangsang taktil  
☒ memastikan IMD atau nuri menyusu segera☐ Adanya ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :  
☐ mengeringkan ☐ menghangatkan  
☐ rangsang taktil ☐ lainnya, sebutkan : .....☐ bebedan jalan napas  
☐ paksaan/helmudi bayi dan tempatkan di sisi ibu☐ Cacat bawaan, sebutkan : .....☐ Hipotermi, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....39. Pemberian ASI setelah jns pertama bayi lahir  
☒ Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir☐ Tidak, alasan : .....

40. Masalah lainnya, sebutkan : .....

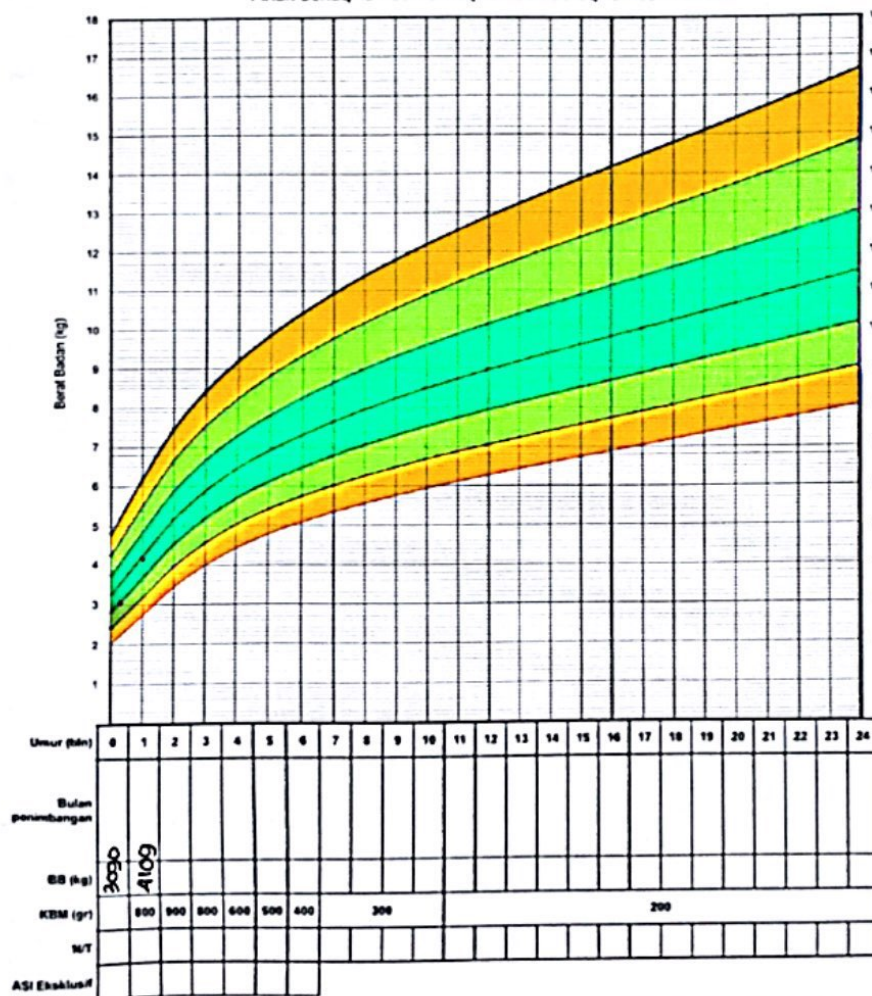
Hasilnya : .....

## Lampiran 12

## KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN

|                                                                                   |                                                     |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>KMS</b><br>KARTU MENUJU SEHAT<br>Untuk Perempuan | Nama Anak : <u>Bj. Ny. B</u> |
|                                                                                   | Nama Penyandu : _____                               |                              |

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



## NAIK (N)

Grafik BB mengikut 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

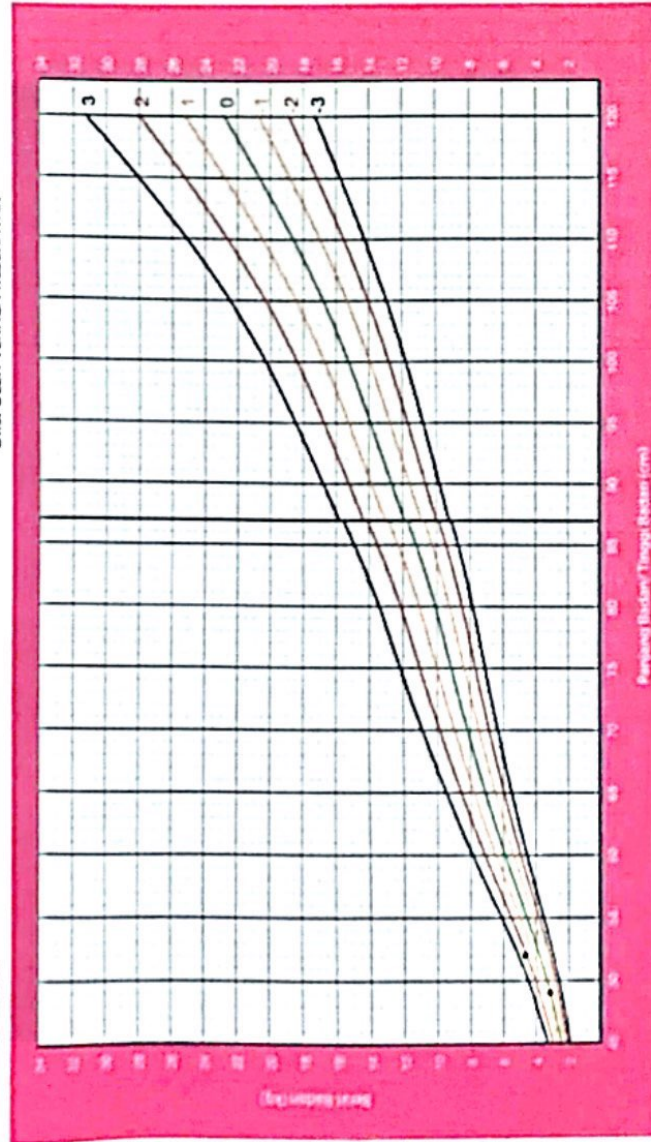
- Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (\* ya / tidak)

# Lampiran 13



DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan/Tinggi Badan Anak Perempuan  
0-5 tahun



Orang tua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

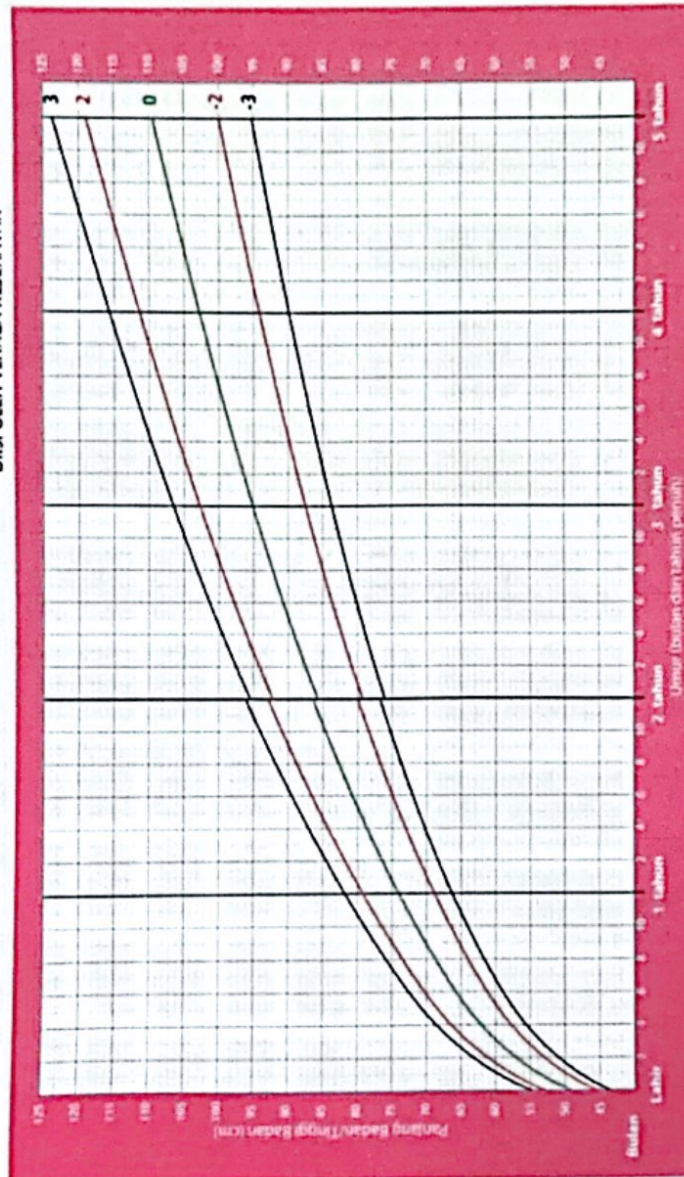
Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menataletaksana sepeera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

# Lampiran 14



DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

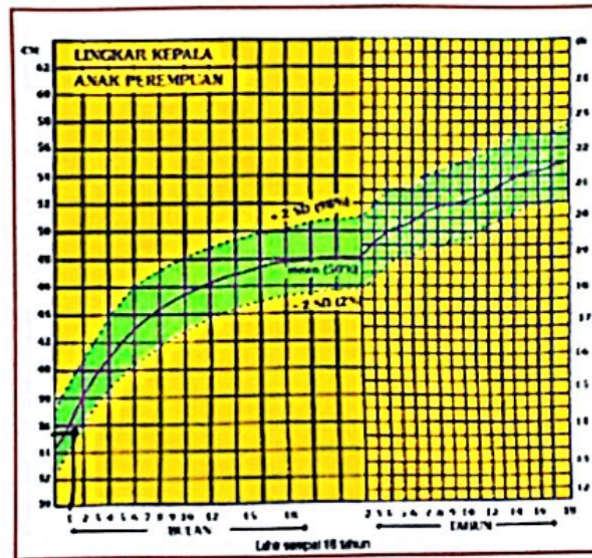
## Grafik Panjang Badan/Tinggi Badan Menurut Umur Anak Perempuan 0-5 tahun



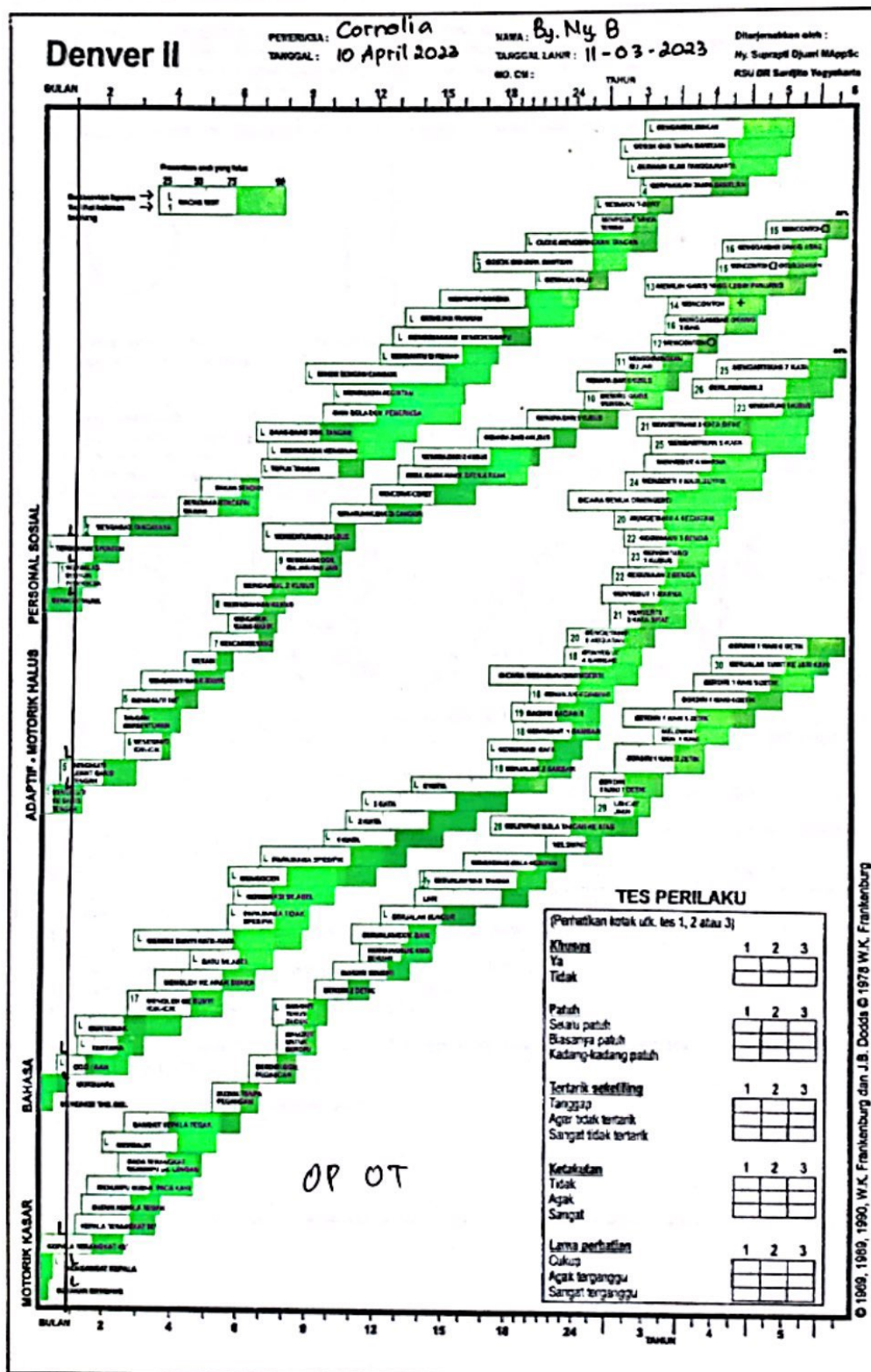
Orang tua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatakkana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

## Lampiran 15

**GRAFIK LINGKAR KEPALA  
PEREMPUAN**

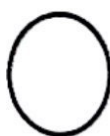
Lampiran 16



Normal

# PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Coba anak ajak kesonyan dengan tersenyara, berbicara atau melambatkan bren kepadaanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengakhiri sikat gigi dan menaruh adol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasing berikutsifing di betakang.
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 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 cangkuk, 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? ..... capal? ..... lapar? Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak: Apa gunanya cangkuk? Apa gunanya kursi? Apa gunanya pensil? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatikan 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: Boleh itu apa? ..... denu? ..... meja? ..... rumah? ..... pisang? ..... borden? ..... pagar? ..... atap? Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan hanya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak: Jika kuda itu besar, thus 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 3/4").
30. Suruh anak berjalan ke depan Tunik berjarak  $\pm 2\%$  cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada usia tahun kedua, seperti anak normal tidak patuh.

## Lampiran 17

## 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)<br>No Batch: 365624     | 0/23                                | 6/23 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| BCG<br>No Batch:                               |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Polio tetes 1<br>No Batch:                     |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| DPT-HB-Hib 1<br>No Batch:                      |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Polio tetes 2<br>No Batch:                     |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| DPT-HB-Hib 2<br>No Batch:                      |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Polio tetes 3<br>No Batch:                     |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| DPT-HB-Hib 3<br>No Batch:                      |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Polio tetes 4<br>No Batch:                     |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Polio suntik (IPV)<br>No Batch:                |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Campak – Rubella (MR)<br>No Batch:             |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| DPT-Hib-HB lanjutan<br>No Batch:               |                                     |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Campak – Rubella (MR)<br>lanjutan<br>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 18

## DAFTAR TILIK PENAPISAN KB

| 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 pasca persalinan                                  |    | ✓     |
| Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama                      |    | ✓     |
| Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata                                                      |    | ✓     |
| Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual                                           |    | ✓     |
| Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)              |    | ✓     |
| Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)                |    | ✓     |
| Apakah ada massa atau benjolan pada payudara                                                    |    | ✓     |
| Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)                                     |    | ✓     |
| <b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>                                         |    | ✓     |
| Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu                                              |    | ✓     |
| Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan sex yang lain                                        |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami infeksi menular sex (IMS)                                               |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik                          |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)                             |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)                                           |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama          |    | ✓     |
| Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital                        |    | ✓     |

## INTERPRETASI :

- Apabila ada jawaban "YA" pada pertanyaan haid terakhir = pastikan ibu tidak hamil
- Apabila ada jawaban  $\geq 1$  "YA" pada pertanyaan lain = ibu tidak boleh memakai kontrasepsi

## Lampiran 19

## 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: Baik<br>BB: gr 3090<br>PB: cm 49<br>LK: cm 32<br>Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/><br>Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/><br>Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/><br>Imunisasi HB <input type="checkbox"/><br>Tgl/bh/th:<br>Jam:<br>Nomor Batch: | Menyusu <input checked="" type="checkbox"/><br>Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/><br>Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/><br>Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/><br>Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/><br>Tgl/bh/th: 12/05/23<br>Jam: 07.00<br>Nomor Batch:<br>BB: gr 3090<br>PB: cm 49<br>LK: cm 32<br>Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/><br>*Bila belum diberikan | Menyusu <input checked="" type="checkbox"/><br>Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/><br>Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/><br>Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/><br>Imunisasi HB* <input type="checkbox"/><br>Tgl/bh/th:<br>Jam:<br>Nomor Batch:<br>Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/><br>*Bila belum diberikan | Menyusu <input checked="" type="checkbox"/><br>Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/><br>Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/><br>Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/><br>**<br><br>** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka. |
| Masalah:                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Masalah:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Masalah:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Masalah:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Dirujuk ke:**                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dirujuk ke:**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dirujuk ke:**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Dirujuk ke:**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nama jelas petugas:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nama jelas petugas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nama jelas petugas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nama jelas petugas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

\* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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



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



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318 Website : [www.poltekkesdepkes-sby.ac.id](http://www.poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565 Email : [admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id](mailto:admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Email: [prodikebidananmagetan@yahoo.co.id](mailto:prodikebidananmagetan@yahoo.co.id)

**KARTU BIMBINGAN LTA**

**Nama Mahasiswa : Cornelia Rengga Mauria**

**NIM : P27824220014**

**Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. B Masa Kehamilan Trimester  
III Persalinan Nifas Neonatus Dan Keluarga  
Berencana DiPmb Ny. S Magetan**

**Pembimbing II : Nana Usnawati, S.ST., M.Keb**

| No. | Tanggal     | Uraian Kegiatan Bimbingan                | Paraf |
|-----|-------------|------------------------------------------|-------|
| 1   | 31-01-2023  | Konsultasi Pasca Seminar Proposal LTA    |       |
| 2   | 02-02-2023  | Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal |       |
| 3   | 02-02-2023  | ACC Proposal LTA                         |       |
| 4   | 06-06-2023  | Konsultasi 1 Revisi SEMHAS LTA           |       |
| 5   | 08-06- 2023 | Konsultasi 2 Revisi SEMHAS LTA           |       |
| 6   | 08-06- 2023 | ACC                                      |       |

Mengetahui  
Kaprodi D III Kebidanan Kampus  
Magetan



**Teta Puji Rahayu, S.ST., M.Keb**  
NIP. 19800222 200501 2 009

Koordinator Akademik

**Ayesha Hendriana N., S.ST, M.Keb**  
NIP. 19840928 200812 2 003



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



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318 Website : [www.poltekkesdepkes-sby.ac.id](http://www.poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565 Email : [admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id](mailto:admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Email: [prodikebidananmagetan@yahoo.co.id](mailto:prodikebidananmagetan@yahoo.co.id)

**KARTU BIMBINGAN LTA**

**Nama Mahasiswa : Cornelia Rengga Mauria**

**NIM : P27824220014**

**Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "B" Pada Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. "S", Jabung, Magetan**

**Pembimbing II : Nurweningtyas W. S.Kep, Ns, M.M.Kes**

| No. | Tanggal    | Uraian Kegiatan Bimbingan                    | Paraf |
|-----|------------|----------------------------------------------|-------|
| 1   | 18-11-2022 | Pengarahan Penyusunan Proposal LTA           |       |
| 2   | 21-11-2022 | Konsultasi Proposal LTA Bab I                |       |
| 3   | 23-11-2022 | Konsultasi Proposal LTA Bab II               |       |
| 4   | 25-11-2022 | Konsultasi Revisi Proposal LTA Bab I         |       |
| 5   | 22-12-2022 | Konsultasi Revisi Proposal LTA Bab II        |       |
| 6   | 13-01-2023 | Konsultasi Revisi Proposal Bab I Dan II      |       |
| 7   | 17-01-2023 | Acc Proposal LTA                             |       |
| 8   | 31-01-2023 | Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA |       |
| 9   | 31-01-2023 | Acc Proposal LTA                             |       |
| 10  | 31-01-2023 | Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA |       |
| 11  | 31-01-2023 | Acc Proposal LTA                             |       |
| 12  | 08-05-2023 | Konsultasi Kunjungan ANC, INC, PNC, NEO, KB  |       |
| 13  | 15-05-2023 | Konsultasi Bab 4 dan Bab 5                   |       |
| 14  | 16-05-2023 | Acc LTA                                      |       |
| 15  | 15-06-2023 | Konsultasi 1 Revisi SEMHAS LTA               |       |
| 16  | 15-06-2023 | ACC                                          |       |

Mengetahui  
Kaprod D NIKebidanan Kampus  
Magetan



**Teta Puji Rahayu, S.ST., M.Keb**  
NIP. 19800222 200501 2 009

Koordinator Akademik

**Ayesha Hendriana N., S.ST., M.Keb**  
NIP. 19840928 200812 2 003



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



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318 Website : [www.poltekkesdepkes-sby.ac.id](http://www.poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565 Email : [admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id](mailto:admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Email: [prodikebidananmagetan@yahoo.co.id](mailto:prodikebidananmagetan@yahoo.co.id)

**KARTU BIMBINGAN LTA**

**Nama Mahasiswa : CORNELIA RENGGA M**

**NIM : P27824220014**

**Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "B" Pada Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. "B", Jabung, Magetan**

**Pembimbing I : Astin Nur Hanifah, S.ST.,M.Kes**

| No. | Tanggal    | Uraian Kegiatan Bimbingan                                         | Paraf |
|-----|------------|-------------------------------------------------------------------|-------|
| 1   | 26-08-2022 | Pengarahan Penyusunan Proposal LTA                                |       |
| 2   | 20-11-2022 | Konsultasi Judul Proposal LTA                                     |       |
| 3   | 20-12-2022 | Konsultasi Bab I Proposal LTA                                     |       |
| 4   | 23-12-2022 | Konsultasi Revisi Bab I Proposal LTA Dan Konsultasi Bab II        |       |
| 5   | 09-01-2023 | Konsultasi Revisi Bab I Proposal LTA Dan Konsultasi Revisi Bab II |       |
| 6   | 13-01-2023 | Konsultasi Revisi Proposal LTA Bab I Dan II                       |       |
| 7   | 17-01-2023 | Acc Proposal LTA                                                  |       |
| 8   | 26-01-2023 | Konsultasi Pasca Seminar Proposal LTA                             |       |
| 9   | 27-01-2023 | Acc Proposal LTA                                                  |       |
| 10  | 31-01-2023 | Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA                      |       |
| 11  | 31-01-2023 | Acc Proposal LTA                                                  |       |
| 12  | 21-02-2023 | Konsultasi Kunjungan ANC 1                                        |       |
| 13  | 04-05-2023 | Konsultasi Kunjungan ANC 1,2,3, INC, PNC, NEO, KB                 |       |
| 15  | 10-05-2023 | Konsultasi Revisi 1 Kunjungan ANC, INC, PNC, NEO, KB              |       |
| 16  | 16-05-2023 | Konsultasi Revisi 2 Kunjungan ANC, INC, PNC, NEO, KB              |       |
| 17  | 16-05-2023 | ACC Laporan LTA                                                   |       |
| 18  | 09-06-2023 | Konsultasi 1 Revisi SEMHAS LTA                                    |       |
| 19  | 09-06-2023 | ACC                                                               |       |



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



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318 Website : [www.poltekkesdepkes-sby.ac.id](http://www.poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565 Email : [admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id](mailto:admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id)  
Email: [prodikebidananmagetan@yahoo.co.id](mailto:prodikebidananmagetan@yahoo.co.id)

Mengetahui  
Kaprodik D III Kebidanan Kampus  
Magetan



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

Koordinator Akademik

Ayesha Hendriana N., S.ST., M.Keb  
NIP. 19840928 200812 2 003