

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : NIKEN WAHYUNINGRUM
NIM : P27824221046
Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2021

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

“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “A” Masa Kehamilan, 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, 08 Mei 2024
Yang Menyatakan


Niken Wahyuningrum
(P27824221046)

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : NIKEN WAHYUNINGRUM

Tempat, Tanggal Lahir : Ponorogo, 21 Juli 2002

Agama : Islam

Alamat : Ds. Purwosari Dsn. Kajang Rt 34/Rw 05,
Kecamatan Babadan, Kabupaten Ponorogo.

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 2 PURWOSARI
2. SMPN 1 BABADAN
3. SMAN 1 BABADAN

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : NIKEN WAHYUNINGRUM

NIM : P27824221046

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 perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan, 02 Februari 2024
Yang menyatakan,



Niken Wahyuningrum
P27824221046

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN*(INFORMED CONSENT)*

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

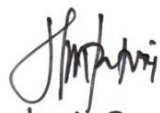
Nama : Andari Putriani
 Umur : 33 tahun
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Ds. Temenggungan Rt 02 / Rw 04

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

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

Magetan, 02 Februari 2024

Yang Menyetujui


 (.....Andari Putriani.....)

Lampiran 5

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
A	RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2	Pernah	T ₂
B	RIWAYAT BIAS		
	1 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas 6		
	2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 6		
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 5		
	c. Kelas 6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 4		
	c. Kelas 5		
	d. Kelas 6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 3		
	c. Kelas 4		
	d. Kelas 5		
	e. Kelas 6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
	d. Kelas 4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang	Pernah	T ₃
	a. Kelas 1	Pernah	T ₁
	b. Kelas 2	Pernah	T ₅
	c. Kelas 3		
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			T ₅

KETERANGAN:

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

Lampiran 6

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

Name: Ny. A Umur Ibu: 33 Th.
 Hamil ke 3 Hari Terakhir tgl: 5/23 Perkiraan Persalinan tgl: 12/24
 Pendidikan: Ibu SMA Suami SMA
 Pekerjaan: Ibu IPK (kader) Suami Perangkat Desa

KEL. F.R.	II	III	IV			
			SKOR	Tribulan		
Masalah / Faktor Risiko			I	II	III	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2			2
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4			
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4			
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4			
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4			
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4			
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4			
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4			
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4			
	8	Pernah gagal kehamilan	4			
	9	Pernah melahirkan dengan :				
a. Tarikan tang / vakum		4				
b. Uri diroboh		4				
		c. Diben infus/Transfusi	4			
		Pernah Operasi Stear	4			
II	11	Penyakit pada ibu hamil				
	a.	Kurang darah	4			
		Malaria	4			
		TBC Paru	4			
		Payah jantung	4			
		Kencing Manis (Diabetes)	4			
		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	Lahir suspek	4			
	18	Lahir meninggal	4			
		19	Pengawasan dalam kehamilan ibu	4		
		20	Pengawasan Bayi / Pasang 2	4		
JUMLAH SKOR						2

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 : 16 / 03 / 2024

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 Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTI)

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko I & II	Gawat Darurat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko III
--	---

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

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

BAYI :
 1. Berat lahir 3000 gram, Laki-2
 2. Lahir hidup : Appar Skor : 8-9
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati kemudian, umur ... hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin) <input checked="" type="radio"/> 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati penyebab : Pemberian ASI : <input checked="" type="radio"/> Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : Ya 100 / Sterilisasi :
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri / ~~Bantuan~~

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

Lampiran 7

TABEL SKRINING PRE EKLAMSI

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

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Tidak berisiko PE

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

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

Lampiran 8

Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum Saat Kehamilan dan Persalinan

Nama/Suami : Ny. A
 Umur : 33 tahun
 Alamat : Ds. Temanggunan RT 02 RW 04
 Status Gravida : G3P20002 (Multi gravida)
 Tanggal Skrining : 02 Februari 2024

	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 / forceps		✓
8	APB		✓	Episiotomi	✓	
9	Riwayat HPP		✓	Koriamnintis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir skrining			Hasil Akhir skrining	1	9

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Ket:

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

Lampiran 9

LEMBAR OBSERVASI

A. ANAMNESA

Tanggal masuk : 14-03-2024 Jam : 15.00 WIB
 His mulai tanggal : 14-03-2024 Jam : 12.00 WIB
 Darah : 14-03-2024
 Lendir : 14-03-2024
 Ketuban : Pecah / Belum Jam : -

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 120/70
 Suhu : 36.7°C
 Nadi : 84x/menit
 Respirasi : 22x/menit
 Odema : -

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : 3/5
 VT : Tanggal 14-03-2024 Jam : 15.00 WIB
 Hasil $\frac{1}{2}$ uteri \varnothing 2 cm off 25% ket (+) preskep. Hii

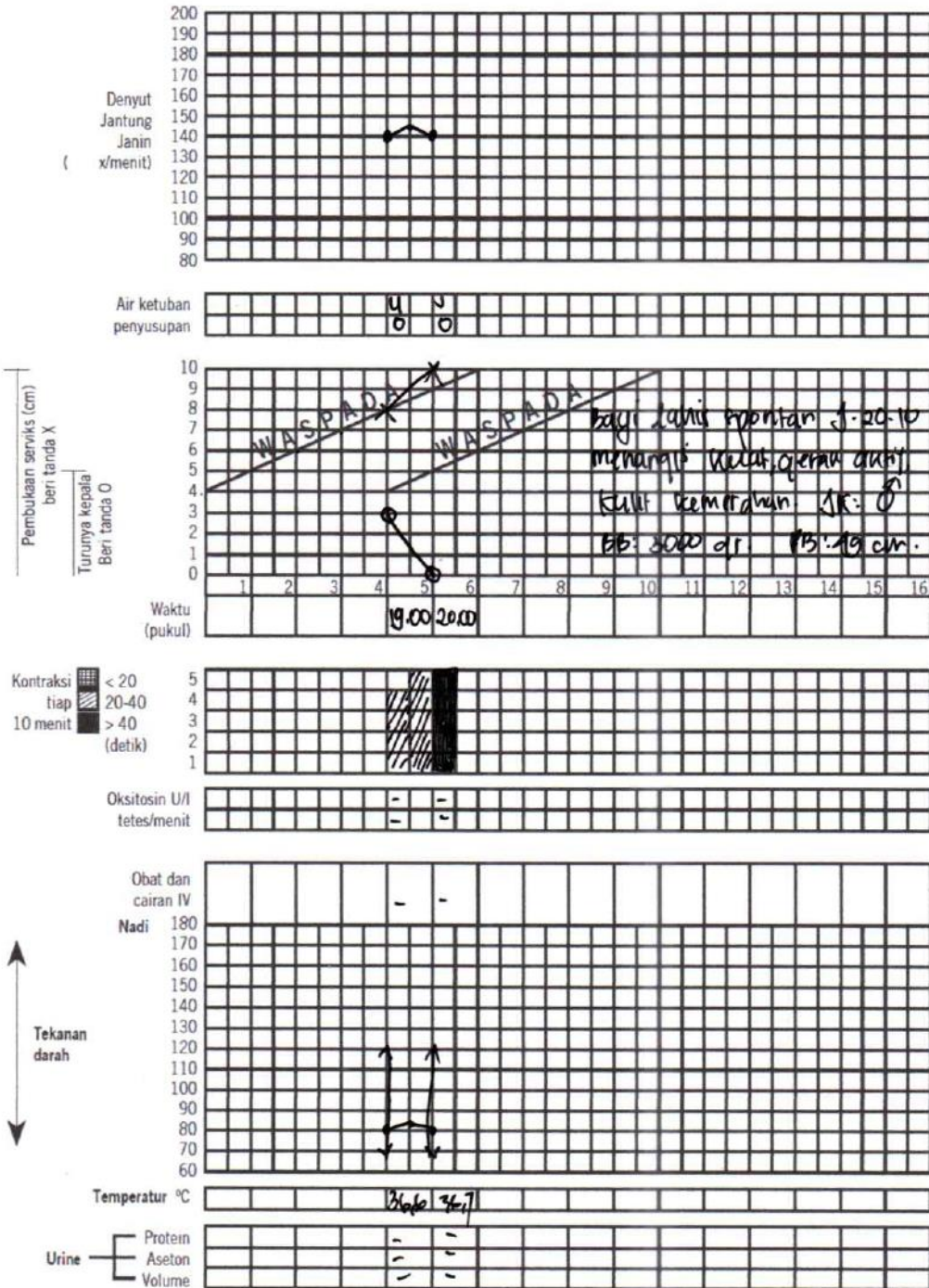
OBSERVASI KALA I (Fase Laten $\varnothing < 4$ cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa kali	Lamanya						
14-03-2024	15.00	2x10	35	149	120/70	36.7	84	2 cm.	-
	16.00	2x10	35	142					
	17.00	3	40	144					
	18.00	3	40	140					
	19.00	4	40	140					
	20.00	4	50	140					

Lampiran 10

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : NY. A Umur : 33 th G 3 P. 2 A.O. Hamil 40-1 minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : 14-03-2024 Pukul : 15.00 WIB
 Ketuban Pecah sejak pukul : Mules sejak pukul : 12.00 WIB Alamat sejak pukul : Tembungun 2/4



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 14-03-2024
2. Nama bidan : Ny. U
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya : PMB
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 ①
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 : 9 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : 1 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	21.15	110/70	82	30.7	2 Jr ↓ Pst	Bundak keras	KOSONG
	21.30	110/70	82		2 Jr ↓ Pst	Bundak keras	KOSONG
	21.45	120/70	82		2 Jr ↓ Pst	Bundak keras	KOSONG
	22.00	120/70	80		2 Jr ↓ Pst	Bundak keras	KOSONG
2	22.30	120/70	80	30.6	2 Jr ↓ Pst	Bundak keras	KOSONG
	23.00	120/70	80		2 Jr ↓ Pst	Bundak keras	KOSONG

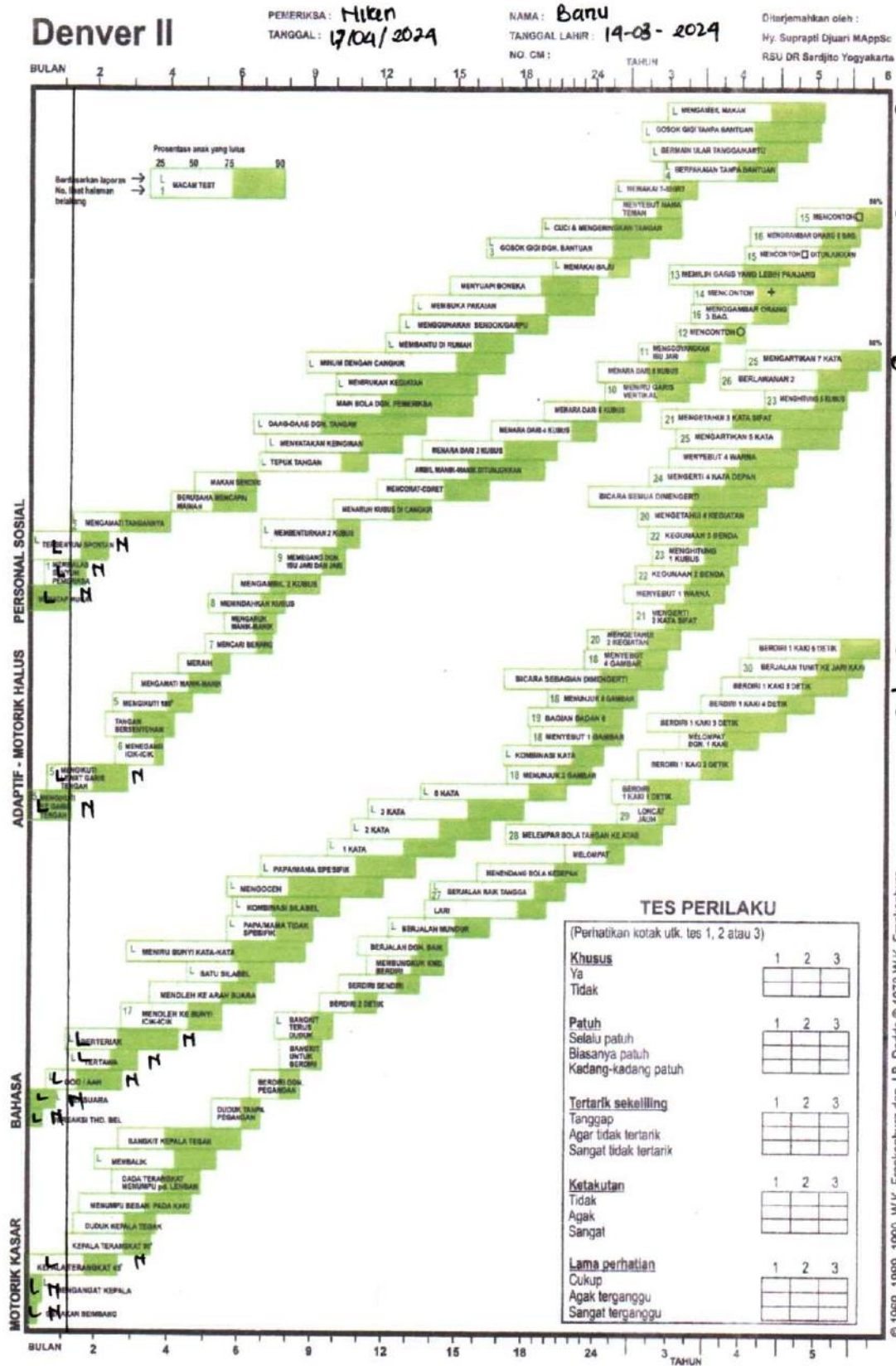
Masalah kala IV : -
 Penatalaksanaan masalah tersebut : -
 Hasilnya : -

24. Mesease fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 - Ya
 - Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
27. Laserasi : Mukota vagina, komlura post-trior
 - Ya, dimana : kulf perineum, ofor perineum
 - 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 : ± 850 ml
31. Masalah lain, sebutkan : -
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : -
33. Hasilnya : -

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3000 gram
35. Panjang : 49 cm
36. Jenis kelamin : 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
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan : -
 Hasilnya : -

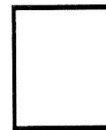
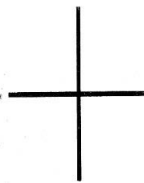
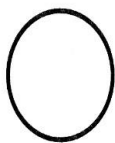
Lampiran 11



interpretasi : **OPOT**
 : **Normal**

PETUNJUK PELAKSANAAN

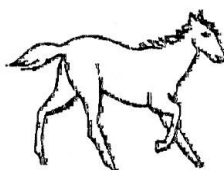
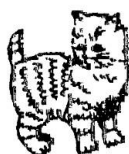
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandangi tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting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




12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.
13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (Lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)
14. Lulus asal garis menyilang
15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan

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

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



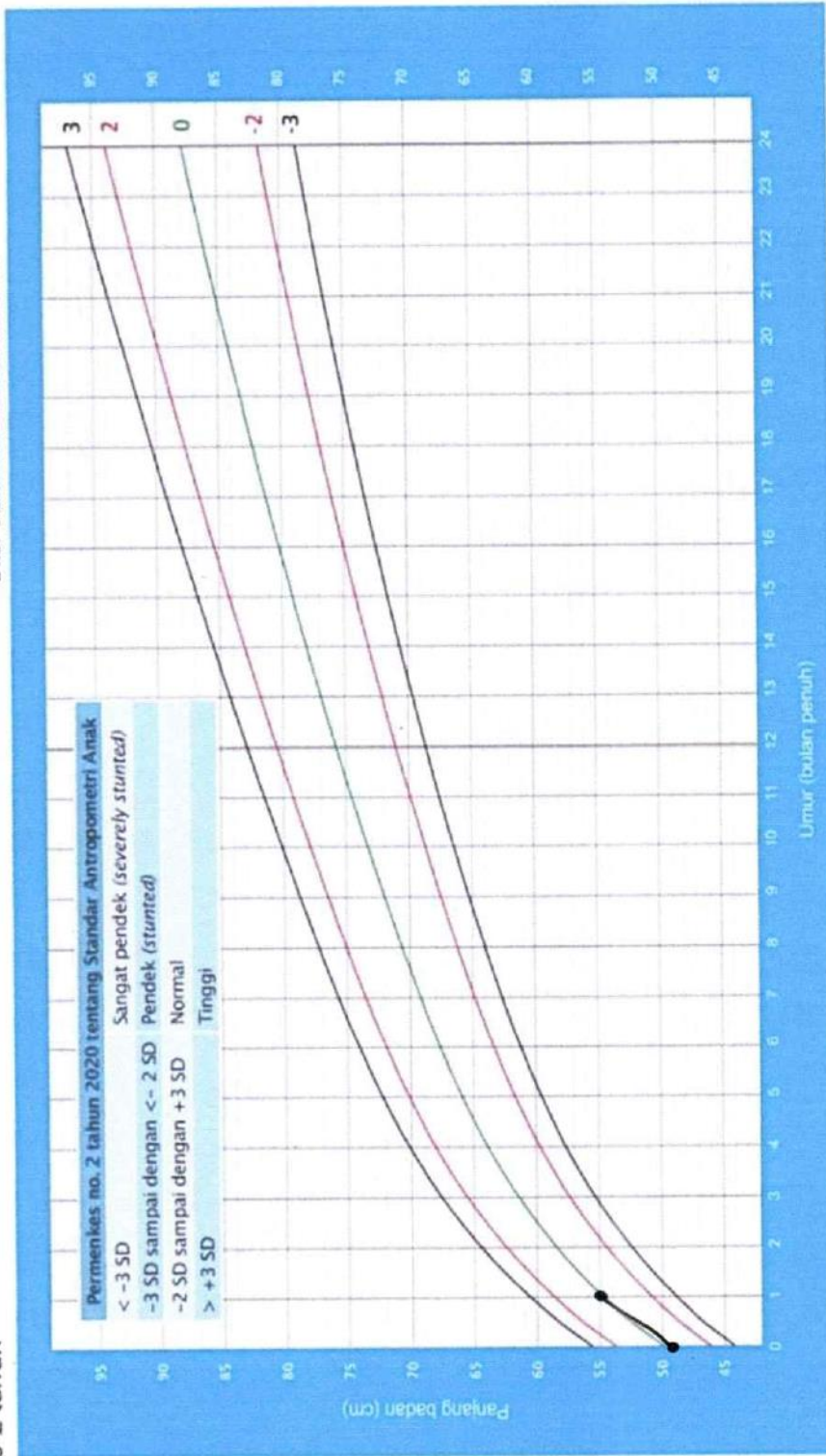
19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, meong ? bicara ? menggonggong ? meringik ? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Apa yang kau lakukan bila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



Grafik Panjang Badan Menurut Umur Anak Laki-laki

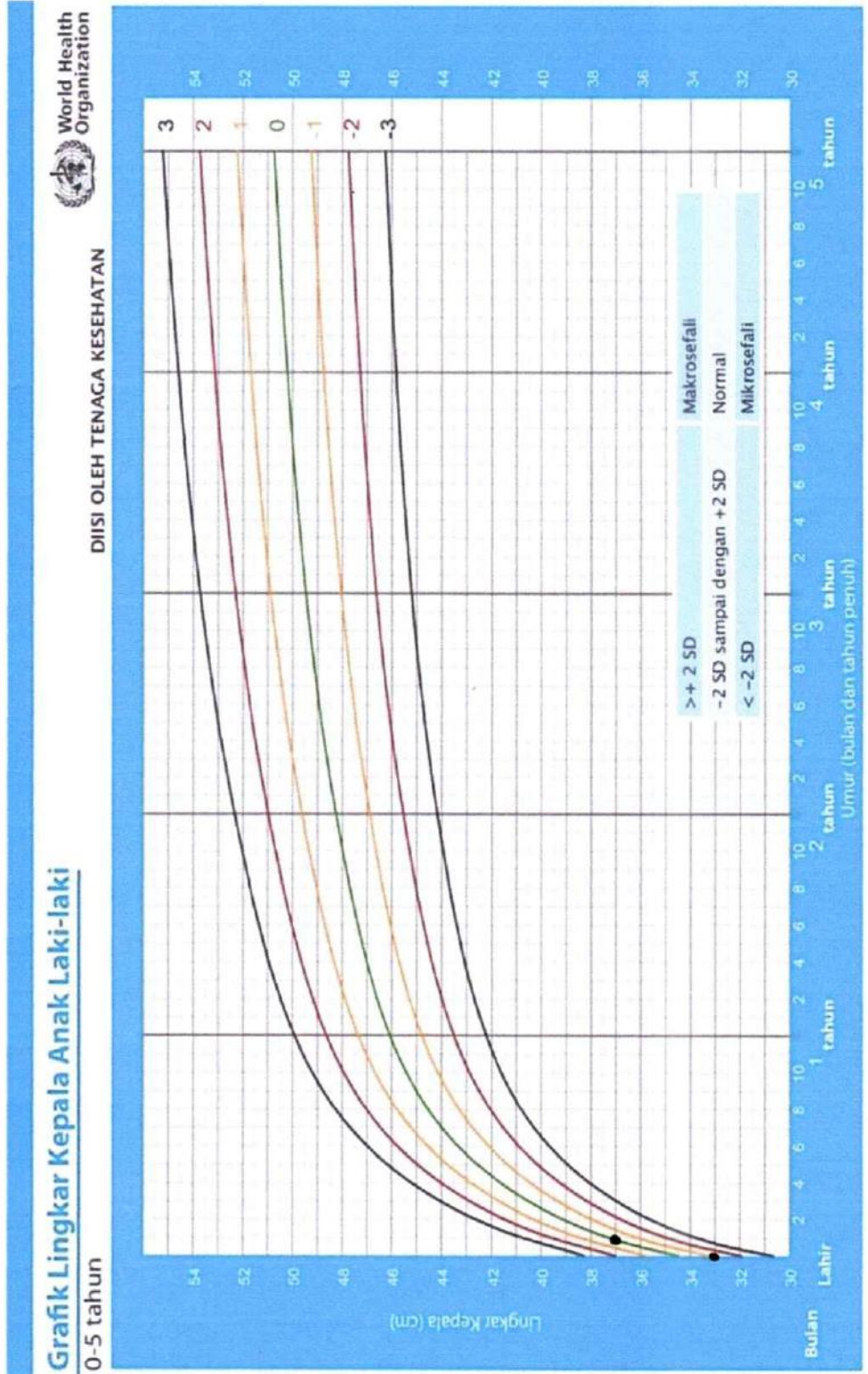
0-2 tahun

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN



Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

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




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

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

Lampiran 14

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK LAKI-LAKI

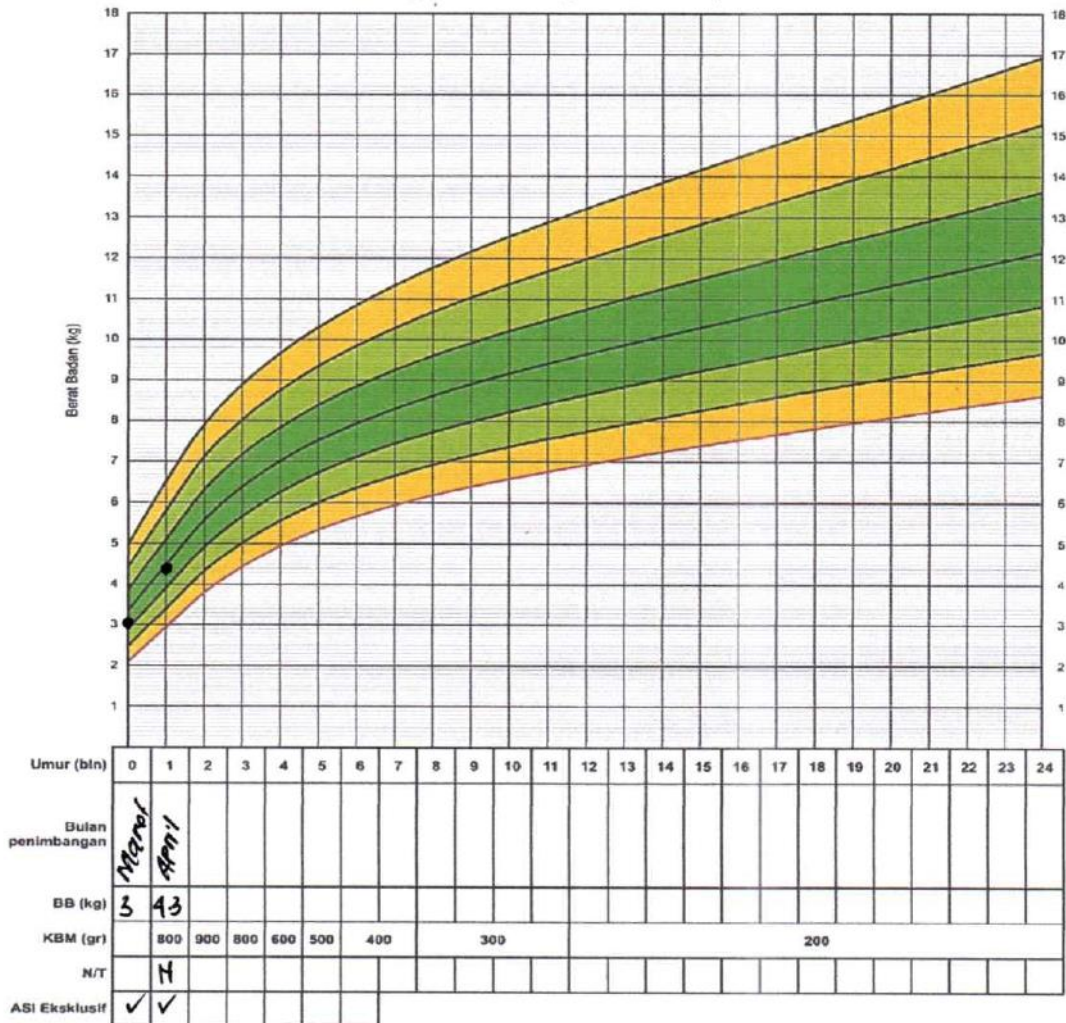


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

Nama Anak : ky. Ny. A

Nama Posyandu : _____

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



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

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

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





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

Lampiran 15

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	2+	
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas													
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	15/29 /5													
BCG No Batch:	20/29 /6													
Polio tetes 1 No Batch:	20/29 /9													
DPT-HB-Hib 1 No Batch:														
Polio tetes 2 No Batch:														
DPT-HB-Hib 2 No Batch:														
Polio tetes 3 No Batch:														
DPT-HB-Hib 3 No Batch:														
Polio tetes 4 No Batch:														
Polio suntik (IPV) No Batch:														
Campak – Rubella (MR) No Batch:														
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:														
Campak – Rubella (MR) lanjutan No Batch:														


Keterangan:

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

Lampiran 16

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: BB: 3.000 gr PB: 49 cm LK: 33 cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 15-03-2024 Jam: 08.00 WIB Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
PPIA	PPIA	PPIA	PPIA
Masalah: Taa	Masalah: Taa	Masalah: Taa	Masalah: Taa
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama Tenaga Kesehatan: Umi H	Nama Tenaga Kesehatan: Umi H	Nama Tenaga Kesehatan: Miken	Nama Tenaga Kesehatan: Miken

* Catatan penting:

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

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

Lampiran 17

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN KB
METODE NONOPERATIF**

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

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

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KB

Nomor Kode Tindakan **05**

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Fasilitas KB/aringan/tejarung : **PMB Umi H**
 Kode Fasilitas KB/aringan/tejarung : []

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :
 Nama : **Ny. A**
 Kode Keluarga Indonesia (KKI) : []

Setelah mendapat penjelasan dan MENGENGI SEPENUHNYA PERHAL ALAT/OBAT/CARA KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN/ATAU PELAYANAN KB SESUAI STANDAR PROFESI BERUPA** :

- Suntikan 1 Bulan
 IUD Cut 380A
 Suntikan 3 Bulan
 IUD Lain-lain
 Implan 1 Batang
 Implan 2 Batang
 Tubektomi
 Implan 2 Batang
 Vasektomi

PERSETUJUAN SUAMI/STRI KLIEN

Nama : **Th.D**

Selaku SUAMI/STRI KLIEN telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Yang memberi pelayanan konseling
 Dokter/Bidan/Perawat *

(**Umi H**)
 (**Ny. A**)

Keberangan : *) coret yang tidak perlu
 **) beri tanda centang (V) pada salah satu kotak

JENIS TINDAKAN

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Pemberian	Suntikan 1 Bulan	01
	Suntikan 3 Bulan	02
	Implan 1 Batang	03
Pemasangan	Implan 2 Batang	04
	IUD Cut 380A	05
	IUD Lain-lain	06
Pencabutan dan Pemasangan	Implan 1 Batang	07
	Implan 2 Batang	08
	IUD Cut 380A	09
IUD Lain-lain	10	

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Operatif	Wanita (Tubektomi)	11
	Pria (Vasektomi)	12

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Pencabutan	Implan 1 Batang	13
	Implan 2 Batang	14
	IUD Cut 380A	15
	IUD Lain-lain	16
Rekanalisasi	Wanita	17
	Pria	18

Magetan, 21-04-2014

Suami/Stri Klien *)

(**Th. A**)

Lampiran 19

K/IV/KB/13			II. Nomor Seri Kartu :		
I. Nomor Kode Faskes KB Provinsi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kab/Kota: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FASKES			Nomor Urut: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun: 2014		
KARTU STATUS PESERTA KB					
III. Nama Peserta KB : Ny A		IV. Tgl/Bln./Thn Lahir / Umur Istri : 25/05/80 / 33			
V. Nama Suami / Istri : Th.D		VI. Pendidikan Suami dan Istri 1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SUTP Suami Istri 4. Tamat SLTA 5. Tamat PT			
VII. Alamat Peserta KB : Pemanggunan		VIII. Pekerjaan Suami dan Istri 1. Pegawai Pemerintah 4. Nelayan Suami Istri 2. Pegawai Swasta 5. Tidak Bekerja 3. Petani 6. Lain-lain			
X. Status Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 1) Peserta JKN Penerima Bantuan Iuran (JKN) 2) Peserta JKN Bulan Penerima Bantuan Iuran (JKN) 3) Bukan Peserta JKN 3					
XI. Jumlah anak hMup 5 Laki-Laki Perempuan			XII. Umur anak tertinggi Tahun: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulan: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2		
XIII. Status Peserta KB 2 1. Baru Pertama Kali 2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah berhasil/keguguran			XIV. Cara KB terakhir 4 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil		
XV. Penapisan (Skiring) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB. Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skiring) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi.					
Anamnesa					
1. Haid terakhir tanggal : 19 Tanggal 04 Bulan 14 Tahun			2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya <input type="checkbox"/> 2) Tidak <input checked="" type="checkbox"/>		
3. Jumlah GPA : Gravida (Kehamilan) 63 Partus (Parsalinan) 12 Abortus (Keguguran) 00					
4. Menyusui : 1) Ya <input type="checkbox"/> 2) Tidak <input type="checkbox"/>					
5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : a. Sakit kuning <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Bila semua jawaban TIDAK dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD dan MOW) Bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter		
b. Pendarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
c. Keputihan yang lama <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
d. Tumor - Payudara <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
- Rahim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
- Indung telur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Pemeriksaan					
6. Keadaan Umum : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang 1			7. Berat Badan : 70 Kg		
8. Tekanan Darah : 120/70 mmHg					
9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam : a. Tanda-tanda radang <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Bila semua jawaban TIDAK pemasangan IUD atau tindakan MOW dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban Ya, Rujuk ke dokter		
b. Tumor/keganasan ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW) a. Tanda-tanda diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Bila semua jawaban TIDAK dapat dilakukan vasektomi, bila salah satu jawabannya YA, maka rujuklah ke FASKES/RS yang lengkap.		
b. Kelainan pembekuan darah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
c. Radang orchitis /epididymitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
d. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan : <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> MOW <input type="checkbox"/> MOP <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Suntikan <input type="checkbox"/> Pil					
XIV. Metode dan Jenis Alat Kontrasepsi yang dipilih : 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 1 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil			XVII. Tanggal dilayani **) 25 Tanggal 04 Bulan 14 Tahun		
XVIII. Tanggal dipesan kembali : <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Tahun			XIX. Tanggal dicabut (khusus implant/IUD) 25 Tanggal 04 Bulan 14 Tahun		
KETERANGAN : *) Cost yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan **) Dilalis gratis untuk pelayanan tidak bayar			XX. Penanggung Jawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan Umi H (<input type="checkbox"/>) NIP. _____		

Lampiran 21


Kementerian Kesehatan

Poltekkes Surabaya

Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Kertajaya,

Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60282

(031) 5027058

<https://web.poltekkesdepkes-sby.ac.id>
KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Niken Wahyuningrum
NIM : P27824221046
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" G₃P₂₀₀₀₂ Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Ny. "U" Karas, Magetan.
Peenguji Utama : Dr. Nurlailis Saadah, S.Kp., M.Kes.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	23-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir	
2.	24-01-2024	ACC Revisi Pasca Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir	
3.	21-05-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang Laporan Tugas Akhir	
4.	22-05-2024	ACC Revisi Pasca Sidang Laporan Tugas Akhir	

Mengetahui
 Kaprodi DIII Kebidanan
 Kampus Magetan

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

Koordinator I

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



Kementerian Kesehatan

Poltekkes Surabaya

Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Kertajaya,
Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60282



(031) 5027058

<https://web.poltekkesdepkes-sby.ac.id>

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Niken Wahyuningrum
NIM : P27824221046
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" G₃P₂₀₀₀₂ Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Ny. "U" Karas, Magetan.
Pembimbing I : Dr. Agung Suharto, APP., S.Pd., M.Kes.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	1-11-2023	Pengarahan penyusunan Proposal Laporan Tugas Akhir	
2.	24-11-2023	Konsultasi Proposal LTA BAB 1	
3.	13-12-2023	Konsultasi Proposal LTA BAB 2 Kehamilan, Persalinan, Nifas	
4.	14-12-2023	Konsultasi Proposal LTA BAB 2 Neonatus dan Keluarga Berencana	
5.	15-12-2023	Konsultasi Revisi Proposal LTA BAB 1 dan BAB 2	
6.	10-01-2024	Konsultasi Revisi Proposal LTA BAB 1, BAB 2 dan tata penulisan	
7.	12-01-2024	Konsultasi dan ACC Proposal Laporan Tugas Akhir	
8.	24-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir	
9.	17-04-2024	Bimbingan Kunjungan Neonatus 4 dan Kunjungan Nifas 3 di PMB Ny. "U" Karas	
10.	07-05-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir BAB 3	
11.	08-05-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir BAB 4	
12.	13-05-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir Sinopsis, BAB 5 dan Revisi BAB 3 dan 4	
13.	13-05-2024	ACC Laporan Tugas Akhir	

14.	22-05-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang Laporan Tugas Akhir	
15.	22-05-2024	ACC Revisi Pasca Sidang Laporan Tugas Akhir	

Mengetahui

Kaprodi DIII Kebidanan
Kampus MagetanTeta Puri Rahayu, S.S.T., M.Keb.
NIP. 198002222005012009

Koordinator I

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


Kementerian Kesehatan

Poltekkes Surabaya

 Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Kertajaya,
Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60282

(031) 5027058

<https://web.poltekkesdepkes-sby.ac.id>
KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Niken Wahyuningrum
NIM : P27824221046
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" G₃P₂₀₀₀₂ Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana di PMB Ny. "U" Karas, Magetan.
Pembimbing II : Nani Surtinah, S.ST., S.SiT., M.Pd.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	2-11-2023	Pengarahannya penyusunan Proposal	
2.	4-12-2023	Konsultasi Proposal LTA BAB 1 revisi dan lanjut BAB 2	
3.	7-12-2023	Konsultasi Proposal LTA BAB 2 Kehamilan, Persalinan dan BBL, Nifas	
4.	21-12-2023	Konsultasi Proposal LTA BAB 2 Neonatus dan KB	
5.	28-12-2023	Konsultasi revisi dan ACC Proposal LTA BAB 2 Hamil dan Persalinan	
6.	03-01-2024	Konsultasi revisi Proposal LTA BAB 2 Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana	
7.	09-01-2024	Konsultasi revisi Proposal LTA BAB 1, BAB 2 dan tata penulisan	
8.	12-01-2024	Konsultasi dan ACC Proposal Laporan Tugas Akhir	
9.	22-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA	
10.	07-02-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir BAB 3 ANC Ke-1	
11.	16-02-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir Revisi BAB 3 ANC Ke-1	
12.	1-03-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir BAB 3 ANC Ke-2	
13.	18-03-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir BAB 3 ANC Ke-3, Persalinan, Neonatus, dan Nifas.	
10.	21-03-2024	Bimbingan Kunjungan Nifas Ke-2 dan Kunjungan Neonatus Ke-3 di PMB Ny. "U" Karas Magetan	
11.	17-04-2024	Bimbingan Kunjungan Nifas ke-3 dan Kunjungan Neonatus Ke-4	

12.	24-04-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir Kunjungan Nifas Ke-3, Neonatus Ke-4 dan Revisi ANC Ke-2, 3, Persalinan, Neonatus dan BAB 4	l
13.	03-05-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir BAB 3 Revisi ANC, Persalinan, Nifas, Keluarga Berencana dan Revisi BAB 4	l
14.	08-05-2024	Konsultasi Laporan Tugas Akhir Sinopsis, BAB 5 dan Revisi BAB 3.	l
15.	13-05-2024	ACC Laporan Tugas Akhir	l
16.	17-05-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang Laporan Tugas Akhir	l
17.	20-05-2024	Konsultasi revisi dan ACC Laporan Tugas Akhir	l



Mengetahui
 Kaprodi DIII Kebidanan
 Kampus Magetan
Teta Puji Rahayu, S.S.T., M.Keb.
 NIP. 198002222005012009

Koordinator I

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