

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

**JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN
PADA NY. "S" MASA HAMIL SAMPAI DENGAN
PELAYANAN KELUARGA BERENCANA
DI PMB NI MADE WARTHI AGUNG, S.ST. TAHUN 2020**

No	Kegiatan	Maret				April				Mei				Juni				Juli					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1.	Pelaksanaan Asuhan																						
2.	Penyusunan Proposal																						
3.	Bimbingan																						
4.	Ujian Proposal																						
5.	Penyusunan LTA																						
6.	Persiapan Ujian LTA																						
7.	Ujian LTA																						

Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Lahan Praktek



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor 049/II.3.UMG/PBdn/F/2020

Lamp. : -

Hal : *Surat Pengantar Ijin LTA*
Kepada Yth.
Bidan Ni Made Warthi,S.ST
Kebomas Gresik
di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berkenaan dengan tugas penyusunan LTA bagi mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : **Ariyandhini Suci Ningati**
NPM : 1711.003
Alamat : Kota Panceng Gresik
Judul LTA : **Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny."X" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di PMB Ni Made Warthi,S.ST Kebomas Gresik**

Gresik Kami mengharap bantuan untuk memberikan kesempatan pada mahasiswa kami dalam melakukan penelitian guna memperoleh Data untuk menyusun LTA pada instansi yang Ibu pimpin.

Perlu kami sampaikan bahwa Data yang diperoleh tidak akan dipergunakan untuk hal-hal yang merugikan instansi Ibu.

Demikian untuk dimaklumi, atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 16 Maret 2020
Pjs. Ka Prodi,

Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindakan:

1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT

0071/LAM-PTKes/Akr/Dip/IX/2015

The Power of Islamic Entrepreneurship

Lampiran 3 Surat Balasan Permohonan Izin Praktek



RUMAH BERSALIN DEWI SARTIKA
BIDAN NI MADE WARTI AGUNG, S.ST
SURAT IJIN PRAKTEK BIDAN (SIPB)
 No. 538.08/1566/403.14/1994
Jln. Dr Soetomo 174 Telp. (031) 3984889 Gresik



Gresik, 16 Maret 2020

Nomor : -
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Permohonan Lahan Praktek

Kepada
 Yth. KaProdi DIII Kebidanan
 Fakultas Kesehatan
 Universitas Muhammadiyah Gresik

Di tempat

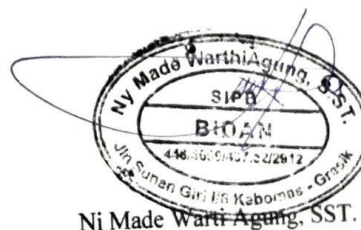
Dengan hormat,

Membalas surat saudara perihal permohonan lahan praktek untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik. Maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini:

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Masa Hamil sampai Masa Nifas di PMB
 Ni Made Warti Agung, SST. Kebomas – Gresik

Telah berkali-kali melakukan praktek diwilayah kerja kami di PMB Ni Made Warti Agung SST Kebomas – Gresik

Praktek Mandiri Bidan



Ni Made Warti Agung, SST.

Lampiran 4 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
Nama : Ariyandhini Suci Ningati
NIM : 1711.003

Adalah mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik. Sebagai pernyataan kelulusan di semester enam, saya ditugaskan untuk melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Hamil – Bersalinan – Nifas – Bayi Baru Lahir – Neonatus – Keluarga Berencana) dan menyusun Laporan Tugas Akhir sebagai bentuk dokumentasi asuhan yang telah dilaksanakan.

Tujuan kegiatan ini adalah sebagai aplikasi keterampilan kebidanan yang telah kami dapatkan selama lima semester pembelajaran teori dan praktik. Oleh karena itu, **saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden dan saya beri asuhan kebidanan (pemeriksaan dan perawatan) pada saat kehamilan sampai KB.**Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Atas bantuan dan kerjasamanya yang telah diberikan, saya mengucapkan terimakasih.

Gresik, 8 Maret 2020

Mahasiswa



ARIYANDHINI SUCI NINGATI
NIM: 1711.003

Lampiran 5 Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Siti Imrohah
Umur : 35 tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. ABK Blok. E11 No.18

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden, Saya bersedia untuk diperiksa dan diberikan perawatan sesuai dengan kebutuhan saya pada saat hamil, bersalin, perawatan bayi, masa nifas, dan pelayanan keluarga berencana. Saya telah diberikan penjelasan bahwa hasil pemeriksaan dan perawatan akan digunakan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir sebagai salah satu syarat kelulusan semester akhir di Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik.

Saya telah diberitahu peneliti bahwa data yang diambil bersifat rahasia dan hanya dipergunakan untuk keperluan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu dengan sukarela saya ikut berperan serta untuk menjadi responden.

Gresik, 8 Maret 2020

Responden



(Siti Imrohah)

Lampiran 6 Buku KIA

Nomor Registrasi Ibu	.....
Nomor Urut di Kohort Ibu	.....
Tanggal menerima buku KIA	.....
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	08.78.56.11.60.22

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	NY SITI IMRO'AH
Tempat/Tgl. lahir	35 th / 27-12-89
Kehamilan ke	4 Anak terakhir umur: 2 tahun
Agama	ISLAM
Pendidikan	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU <u>Akademi</u> /Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	.....
Pekerjaan	I.R.T
No. JKN	.....

Nama Suami	TN. JABAR
Tempat/Tgl. lahir	36 th.
Agama	ISLAM
Pendidikan	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU <u>SMU</u> /Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	.....
Pekerjaan	WILMAR

Alamat Rumah	Jl. ABR. BLOK E II no. 18.
Kecamatan	.....
Kabupaten/Kota	.....
No. Telp. yang bisa dihubungi	081206444.898

Nama Anak	..... L/P*
Tempat/Tgl. Lahir	.....
Anak Ke	..... dari anak
No. Akte Kelahiran	.....

* Lingkari yang sesuai

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 15-06-2019
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 22-03-2020
 Lingkar Lengan Atas: 29 cm; K&K (Non KEK (Tinggi Badan: 155 cm
 Golongan Darah:
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM (-) Asma (-) hipertensi (-)
 Riwayat Alergi: (-)

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
10/19/18	Mual, nyeri perut bag. bawah.	100/70	61	8 mgs	blm teraba.	-	-
10/19/19	Taa.	100/70	61	12-13 mgs	2 jari atas sim	bal (+)	-
3/10/19	Taa	110/70	62	16-17 mgs.	pertengahan sim-pst	bal (+)	155 x/m
30/11/19	Taa	100/70	63	21 mgs	setinggi pusat	letkep V putri	148 x/m
07/01/20	Taa	110/80	66	29-30 mgs	3 jari atas pst	letkep V putri	145 x/m
10/02/20	Taa	110/70	68	34-35 mgs	3 jari bawah pst	letkep V putri	148 x/m
1/03/20	Taa	110/80	69	38-39 mgs	2 jari bawah pst	letkep V putri	145 x/m
10/03/20	perut kengeng	100/70	70	39-40 mgs.	pertengahan pst-px	letkep V putri	145 x/m.

CATATAN KESEHATAN ISU HAMIL


Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...IV... Jumlah persalinan ...3... Jumlah keguguran ...G 1, P 3, A...
 Jumlah anak hidup ...3... Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir ...2 th. 3 bulan...
 Status imunisasi TT terakhir[bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir Bidan
 Cara persalinan terakhir** Spontan/Normal Tindakan

-- Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+	-	- Macro B - CARSIDA - MIFRESIC	- Istirahat - Nutrisi	PMB Ni made	9/19 9
-/+	albumin (+) reduksi (+) HbSA2 (+)	- Kalk - Vitonal	- Istirahat - Nutrisi	PMB Ni made	9/19 10
-/+	Hb 12 GDA 12 ROT (-)				
-/+	-	- Kalk - Vitonal	- Istirahat - Nutrisi	PMB Ni made	8/19 11
-/+	ROT (-) MAP (-) IMT (-)	- Kalk - Vitonal	- Istirahat - Nutrisi	PMB Ni made	29/19 12
-/+	-	- Kalk - Sangobion	- Istirahat - Nutrisi	PMB Ni made	06/20 10
-/+	-	- Kalk - Sangobion	- Istirahat - Nutrisi	PMB Ni made	9/20 13
-/+	ROT (-) MAP (-) IMT (-)	- Neurodex 1xi - Sangobion 1xi	- persiapan persalinan	PMB Ni made	14/20 13
-/+	ROT (-) MAP (-) IMT (-)	Neurodex 1xi Sangobion 1xi	- tanda bahaya persalinan	PMB Ni made	21/20 13
-/+					
-/+					

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Kehamilan (Minggu)	Fundus (Cm)	Posisi Janin (Kep/Su/Li)


 Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN. Syarat mengurus akte kelahiran; (1) Surat Kelahiran, (2) dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan alamat saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua. Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

7 JAN 2020


USG : E/T/H / ♀

BPD / HC / AC / FLW 30/31 mss.

EFW 1668 gr.

plac. carp ant / ket ckp.

TP = 22/3/2020


 Holistic Care Center
 031 9878 3298 / 031-3298

Lampiran 7 Skrining Skor Poedji Rochjati

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

Nama : Umur ibu: Th
 Hamil ke Haid terakhir tgl : Perkiraan persalinan tgl: bl
 Pendidikan ibu : Suami :
 Pekerjaan ibu : Suami :

KEL P.R	NO	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribun			
				I	II	III	III ₂
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2	2	2	2
I	1	Terbila muda, hamil < 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, suami > 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 Th	4				
	3	Terbila cepat hamil lagi (< 2 Th)	4				
	4	Terbila lama hamil lagi (> 10 Th)	4				
	5	Terbila banyak anak > 4 anak	4	4	4	4	4
	6	Terbila tua, umur > 55 Th	4			4	4
	7	Terbila pendek < 145 cm	4				
	8	Pamah gagal kehamilan	4				
		9. Pamah melahirkan dengan					
	a. Tarikan tang/vakum	4					
	b. Un drogah	4					
	c. Diberi infus/Transfusi	4					
	10. Pamah Operasi Sasar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah					
		b. Malaria					
		c. TBC Paru	4				
		d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tangan dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	hamil Kembar zat (hidramionis)	4				
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan letah bulan	4					
17	Letak buruang	8					
18	Letak lintang	8					
III	19	Pencetahan ritmen kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				
Jumlah Skor				6	6	8	8


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

JML SKOR	KEL RISIKO	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
		PERA- WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	
							RUB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN				
6-10	KIRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER				
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER				


Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN		
Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes ③ Rumah bidan 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter		
Persalinan : Melahirkan tanggal : 15 / 03 / 2020		
RUJUKAN DARI : 1. Seridin 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUKAN DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit	
RUJUKAN DARI : 1. Rujukan Diri berencana (RDDY) 2. Rujukan Dalam Rahim	3. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 4. Rujukan Terlambat (RTT)	
Gawat Obsterik : Kel. Faktor Risiko I & II 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	Gawat Darurat Obsterik : • Kel. Faktor Risiko III 1. Pendarahan antepartum 2. Eklamsia • Komplikasi Obsterik 3. Pendarahan postpartum 4. Uri Tertinggal 5. Persalinan Lama 6. Panas Tinggi	
TEMPAT : 1. Rumah Ibu ② Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan	PENOLONG 1. Dukun ② Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain	MACAM PERSALINAN : ① Normal 2. Tindakan pervaginaan 3. Operasi Sesar
PASCA PERSALINAN : IBU : ① Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklamsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	TEMPAT PERSALINAN : 1. Rumah Ibu ② Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2	
BAYI : 1. Berat lahir 3.650 gram <u>lewat Perambuan</u> 2. Lahir hidup Apgar Skor 8-9 3. Lahir mati, penyebab : 4. Mati kemudian, umur : hr penyebab : 5. Keanehan bawaan : tidak ada/ada :		
KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin) ① Sehat 2. Sakit 3. Mab, penyebab : Pemberian ASI ① Ya 2. Tidak		
KELUARGA BERENCANA : ① Ya <u>implan</u> /sterilisasi : 2. Belum Tahu		
KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya ② Tidak Sumber Biaya Mandiri/Bantuan :		
* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG		

Lampiran 8 Lembar Penapisan



BIDAN PRAKTEK SWASTA
 Hj. Sri Rebbeni, SST
 Nomor SIPB: 486 / 1010 / 403.52 / 2008

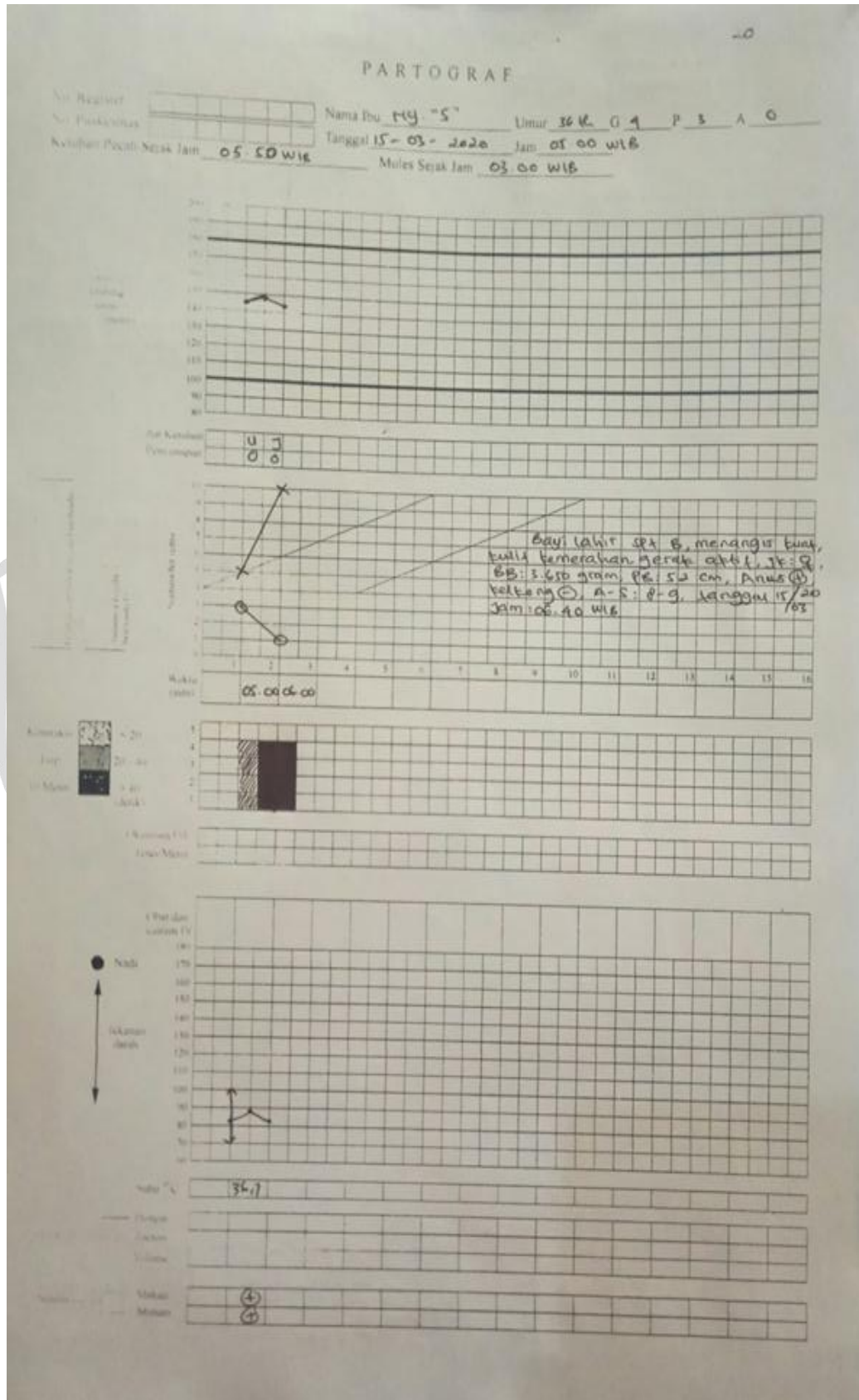


PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEAMUGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

	Ya	Tidak
1 Rinyai bedah sesar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Perdarahan pervaginam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Persalinan kurang bulan (< 37 mg)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Ketuban pecah dengan mekonium yang terlihat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 27 mg)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 Anemi berat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 Tanda / gejala infeksi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 Pre eklamsi / hipertensi dalam kehamilan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 Tiu 40 cm atau lebih	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12 Gawat janin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13 Premi para fase aktif dengan palpasi keraja janin masih S/S	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14 Presentasi bukan Belakang Kepala	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Presentasi ganda	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Kehamilan gemelli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17 Tali pusat memuntung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18 Syok	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lampiran 9 Lembar Partograf



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 15-03-2020
- Nama Bidan: M. Mase Wathi, S.E.
- Tempat Persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Klinik Swasta
 - Rumah Sakit
 - Lainnya: PMS
- Alamat tempat persalinan: kekomas Grelit
- Catatan Rujuk, Kala: I/II/III/IV
- Alasan Merujuk: -
- Tempat rujukan: -
- Tanggal Rujukan: -
- Pendamping saat merujuk:
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan / persalinan ini:
 - Gawat darurat
 - Pendarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partograph melewati garis waspada: Ya
- Masalah lain, Sebutkan: -
- Penatalaksanaan masalah tb: -
- Hasilnya: -

KALA II

- Episiotomi:
 - Ya, indikasi: -
 - Tidak
- Pendamping pada saat Persalinan:
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
- Gawat Janin:
 - Ya, Tindakan yang dilakukan:
 - a. -
 - b. -
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 5-10 Menit selama KALA II. Hasil: *max/min*
- Diabetes Bahu:
 - Ya, Tindakan yang dilakukan: -
 - Tidak
- Masalah lain, Penatalaksanaan masalah tb: -

Hasilnya: -

KALA III

- Inhalasi menyusu dini:
 - Ya
 - Tidak, Alasan: -
- Lama Kala III: 5 Menit
- Pemberian Oksitosin 10 U/IM?
 - Ya, Waktu: 1 Menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan: -
- Pemberian Ulang Oksitosin (2X)?
 - Ya, alasan: -
 - Tidak

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Heart	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kondisi Uterus	Kondisi Vagina	Darah yang keluar
1	07:00	110/70	82	36.6	2 jari di PRT	terkempes	bersih	-
	07:15	110/60	85		2 jari di PRT	terkempes	bersih	-
	07:30	110/70	82		2 jari di PRT	terkempes	bersih	-
	07:45	100/70	88		2 jari di PRT	terkempes	bersih	1/2 safran
2	08:15	100/80	89	36.5	2 jari di PRT	terkempes	bersih	-
	08:45	110/80	80		2 jari di PRT	terkempes	bersih	100g ter

Masalah kala IV
Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut
Bagaimana hasilnya

- Penggunaan tali pusar terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan: -
- Masase Fundus Uteri?
 - Ya
 - Tidak, Alasan: -
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan:
 - a. -
 - b. -
- Plasenta tidak lahir > 30 Menit:
 - Tidak
 - Ya, Tindakan: -
- Laserasi:
 - Ya, Dimana: *mutasa lojing, kemulum posterior, kulk dan abak perianum*
 - Tidak
- Jika Laserasi perineum, derajat: 2/4
Tindakan:
 - Penjahitan: *pengal / Jener Anestesi*
 - Tidak jahit, Alasan: -
- Atoni Uteri:
 - Ya, Tindakan: -
 - Tidak
- Jumlah darah yang keluar / Pendarahan: *250 cc*
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut: -

Hasilnya: -

KALA IV

- Kondisi ibu: KU *baik*, TD *110/70* mmHg, Nad *82* x/mnt, Nafas *20* x/mnt
- Masalah dan Penatalaksanaan Masalah: -
- BAYI BARU LAHIR:
 - 36. Berat Badan: 3.650 Gram
 - 37. Panjang Badan: 52 Cm
 - 38. Jenis Kelamin: *LE*
 - 39. Penilaian bayi baru lahir: *baik* / *ada penyakit*
 - 40. Bayi lahir:
 - Normal, Tindakan:
 - Meringankan
 - Menghangatkan
 - Rangsangan tekstil
 - Memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, Tindakan:
 - Meringankan
 - Rangsang tekstil
 - Bebaskan jalan nafas
 - Rangsang tekstil
 - Bebaskan jalan nafas
 - Pakailah / selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan: -
 - Hipotermi, Tindakan:
 - a. -
 - b. -
 - c. -
 - 41. Pemberian ASI setelah jant pertama bayi lahir:
 - Ya, Waktu: 1 Jam setelah bayi lahir
 - Tidak, Alasan: -
 - 42. Masalah lain, Sebutkan: -
 - Hasilnya: -

Lampiran 10 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 15/3/20	Tgl: 21/3/20	Tgl: 30/3/20
Berat badan (gram)	3.650 gram	3.800 gram	4.000 gram
Panjang badan (cm)	52 cm	52 cm	55 cm
Suhu (°C)	37°C	36,9°C	36,7°C
Frekuensi nafas (x/menit)	43x/menit	46x/menit	49x/menit
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	132x/menit	128x/menit	131x/menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	Ya	Ya	Ya
Memeriksa ikterus	Ya	Ya	Ya
Memeriksa diare	Ya	Ya	Ya
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	Ya	Ya	Ya
Memeriksa status Vit K1	Ya	-	-
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	Ya	Ya	-
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	-	-	-
• SHK Ya / Tidak	-	-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
• Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	Ya	Ya	Ya
Nama pemeriksa			

Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

39

Lampiran 11 Catatan Kesehatan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS
(Diisi oleh dokter/bidan)

JEMIS PELAYANAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam - 3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4 - 28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29 - 42 hari)	Dokter/Bidan
	Tgl. 15/3/20	Tgl. 21/3/20	Tgl. 29/3/20	
Kondisi ibu nifas secara umum	Baik	Baik	Baik	Baik
tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi	100/70, 38, 20, 76	120/80, 38, 20, 76	110/70, 38, 20, 76	100/70 38, 20
Perdarahan pervaginam	-	-	-	-
Kondisi perineum	-	-	-	-
Tanda infeksi	-	-	-	-
Kontraksi Uterus	Keras	Baik	Baik	Baik
Tinggi fundus uteri	2 jt & pund	1jt 4 senta	1jt 4 senta	1jt 4 senta
lokalis	rujan	Sangat lunak	Sangat	rujan
Pemeriksaan jalan lahir	jumlah banyak	jumlah banyak	jumlah banyak	jumlah banyak
Pemeriksaan payudara	Ya	Ya	Ya	Ya
Produksi ASI	Asi lancar	Asi lancar	Asi lancar	Asi lancar
Pemberian Kapur VI A	Ya	-	-	-
Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan	-	-	-	-
Petersonan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	Ya	Ya	Ya	Ya
Buang Air Besar (BAB)	+	+	+	+
Buang Air Kecil (BAK)	+	+	+	+
Makanan sehat yaitu				
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan	Ya	Ya	Ya	Ya
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	Ya	Ya	Ya	Ya
Mengapa kebiasaan diet, termasuk kebiasaan diet rendah lemak, lemak pembasah, lemak pembasah lainnya	Ya	Ya	Ya	Ya
Minum susu saat dan ibu menyusui	Ya	Ya	Ya	Ya
Bayi ibu yang mendapat dengan cara operasi malar maka bayi menyusu tabung atau botol	-	-	-	-
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan	Ya	Ya	Ya	Ya
Paparan bayi yang benar	Ya	Ya	Ya	Ya
Jangan memeluk bayi sehingga terdapat luka, karena akan membuat bayi stress	Ya	Ya	Ya	Ya
Carakan air dan komposisi terdapat bayi	Ya	Ya	Ya	Ya
Carakan air dan komposisi terdapat bayi	Ya	Ya	Ya	Ya
Carakan air dan komposisi terdapat bayi	Ya	Ya	Ya	Ya
Carakan air dan komposisi terdapat bayi	Ya	Ya	Ya	Ya

28

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Kunjungan Nifas/ Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl: 15/3/2020	Keadaan 6 jam post partum fisiologis
	kunjungan ulang 21/3
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl: 21/3/2020	Keadaan 6 hari post partum fisiologis
	kunjungan ulang 29/3
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl: 29/3/2020	Keadaan 2 minggu post partum fisiologis
	kunjungan ulang 26/4

KF 3: 26/4/2020

Keadaan 6 minggu post partum

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu**:

- Sehat
 Sakit
 Meninggal

Komplikasi Nifas**:

- Perdarahan
 Infeksi
 Hipertensi
 Lain-lain: Depresi post partum

Keadaan Bayi**:

- Sehat
 Sakit
 Kelainan Bawaan
 Meninggal

**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 12 Catatan Imunisasi Anak

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+***
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	15/05	20/05											
BCG	21/05	20/05											
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1			19/05										
*Polio 2				23/05									
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

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

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

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

Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

40

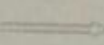

Lampiran 13 Lembar MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan: 15-03-2020 Alamat: Jl. AGR Blok E-11 No. 18
 Nama Bayi: By NY S L (P) Nama Ibu: NY S
 Tanggal Lahir/Umur: 6 jam BB: 3.650 gram PB: 52 cm Suhu: 37 °C
 Bayi sakit apa? (-) Kunjungan Pertama: Kunjungan Ulang: KN 0 / 2 / 3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI (-) Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua ASI mudah kejang Bayi bergerak hanya keka distimulasi atau tidak bergerak sama sekali Nafas dalam 1 menit <u>13</u> kali/menit. Ulangi jika ≥ 60 kali/menit Nafas kedua <u> </u> kali/menit. Apakah Nafas cepak (> 60 w/menit) atau Nafas lambat (< 40 w/menit) Tangan dinding dada ke dalam yang sergiel kuat Suhu tubuh $\geq 37.5^{\circ}C$ Suhu tubuh $< 36.5^{\circ}C$ Mata bermanah. Banyak <u> </u> Sedikit <u> </u> Puser kemerahan Puser kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm Puser bermanah Ada pustul di kulit	Mungkin bukan infeksi	- Ajari ibu merawat bayi dirumah - Lakukan asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA IKTERUS (-) Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki	Tidak ikterus	- Lakukan asuhan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE ? Ya <u> </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Bayi sudah diare selama <u> </u> hari <u>(-)</u> Keadaan umum bayi: - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali - Letargis <u>(-)</u> - Gelisah atau rewel <u>(-)</u> Mata cekung Kulit perut kembung - Sangat lambat (> 2 jam) <u>(-)</u> - Lambat (tidak sampai terlihat kusam kulit) <u>(-)</u> - Singora <u>(-)</u>	Diare tanpa dehidrasi	- Tangani sesuai rencana terapi - Lakukan asuhan dasar bayi muda - Jelaskan pada ibu kapan kembali segera dan kunjungan ulang
MEMERIKSA STATUS HIV (-) Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <u> </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - Jika "ya", apakah hasilnya Positif <u> </u> Negatif <input checked="" type="checkbox"/> - Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV? Sudah <u> </u> Belum <u> </u> - Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> Tes status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, lakukan dan ulangi TES SEROLOGIS pada ibu Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu	Mungkin bukan infeksi HIV	- Tangani infeksi lainnya bila ada
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM Berat badan menurut umur: - Rendah ≥ 2.50 <u> </u> - Tidak rendah < 2.50 <u>3.650 gram</u> Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u> </u> Jika "Ya" - Berapa kali dalam 24 jam? <u>12</u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya <u> </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan? - berapa kali dalam 24 jam? <u> </u> kali - alat apa yang digunakan: botol atau cangkir? Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI - Lihat apakah posisi bayi benar Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar - Posisi Salah - Lihat apakah perkataan baik Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi tertukar lebar - Bibir bawah membuka keluar Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan baik	BB tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI	- Lakukan asuhan dasar bayi muda - Pujuklah ibu karena telah memberikan minum kepada bayinya dengan benar

BURU DAGAN 55
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) - 2015

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINGKAT PENGORBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (perawatan) Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif Bayi mengisap dalam, teratur, beres-beres, tenang, mendengar suara ibunya Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif - Terdapat luka atau benjol putih (thrush) di mulut - Terdapat celah bibir / tangkai-langi		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir: Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vitamin diberikan hari ini 15-03-20
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <input checked="" type="checkbox"/> 306 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/>		Imunisasi yang diberikan hari ini 15-03-20
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN <i>tda</i>		
		Masalah kapan kembali segera Kunjungan Ulang _____ hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <i>tda</i>		

Nama Pemeriksa
td


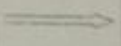
FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan 21-03-2020 Alamat Jl. Ngr Blok E-11 No 18
 Nama Bayi Bg. Hg. S L 52 Nama Ibu Hg. S
 Tanggal Lahir/Umur 6 hari BB 3.800 gram PB 52 cm Suhu 36,0°C
 Bayi sakit apa? (-) Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang KN: 1 (1)

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFESI BAKTERI (-) Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua Ada meyakal kejang Bayi bergerak hanya ketika dipompa; atau tidak bergerak sama sekali Hilang nafas dalam 1 menit <u>46</u> kali / menit. Ulang jika > 60 kali / menit Hilang nafas kedua <u> </u> kali / menit. Apakah nafas cepak (> 60 x/menit); atau Nafas lambat (< 40 x/menit) Tampak dinding dada ke dalam yang sangat kuat Suhu tubuh > 37,5°C Suhu tubuh < 36,5°C Mata bemanah. Banyak <u> </u> Sedikit <u> </u> Pupil kemerahan Pupil kemerahan meluas ke dinding perit > 1 cm Pupil bemanah Ada pusul di kulit	Mungkin bukan infeksi	- Agak ibu merawat bayi & makan - Lakukan asupan dasar bayi muda
MEMERIKSA IKTERUS (-) Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki	Tidak ada ikterus	- Lakukan asupan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE ? Ya <u> </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Bayi sudah diare selama <u> </u> hari <u>(-)</u> Keadaan umum bayi: - Bayi bergerak atas kendur sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali - Letargis <u>(-)</u> - Gatal atau rewel <u>(-)</u> Mata cekung Cubitan kulit perut kembalinya - Sangat lambat > 2 detik <u>(-)</u> - Lambat (masih sampai terlihat lipatan kulit) <u>(-)</u> - Segera <u>(-)</u>	Diare infeksi	- Tangani sesuai rencana terapi - Lakukan asupan dasar bayi muda - Beri tahu ibu kapan kembali segera dan kunjungan ulang
MEMERIKSA STATUS HIV (-) Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u> </u> - Jika "ya", apakah hasilnya Positif <u> </u> Negatif <input checked="" type="checkbox"/> - Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV? Sudah <u> </u> Belum <u> </u> - Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu. Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu	Mungkin bukan infeksi HIV	- Tangani infeksi lainnya jika ada
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM Berat badan menurut umur - Rendah < -2 SD <u> </u> - Tidak rendah > -2 SD <u>3.000 gram</u> Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u> </u> Jika "Ya": - Berapa kali dalam 24 jam? <u>12</u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya <u> </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan? <u> </u> berapa kali dalam 24 jam? <u> </u> kali alat apa yang digunakan: botol atau cangkir? <u> </u> Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI: - Lihat apakah posisi bayi benar: - Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar - Posisi Salah - Lihat apakah perlekatan baik: - Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah mengcupkan areola Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan baik	Bb tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI	- Lakukan asupan dasar bayi muda - Pujilah ibu karena telah melakukan pemberian minum pertama bayinya dengan benar

BUKU BAGIAN
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) - 2015

MAHAJEMER TERPADU BALITA SAKIT (PATBS) - 2015

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang diamati)	KLASIFIKASI	TINDAKAN PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan) - Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif - Bayi mengisap dalam ritmik, dalam keadaan tenang, sendeng suka menyusu - Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif - Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut - Terdapat celah bibir / langit-langit		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Doerikan segera sesuai info: Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vit K1 diberikan hari ini <u>15-03-20</u>
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI Lingkari imunisasi yang dibuktikan hari ini:		Imunisasi yang diberikan hari ini:
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN <u>tan</u>		
		Nama ibu kapan kembali segera kunjungan ulang _____ hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>tan</u>		

Nama Pemeriksa

 RS

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal Kunjungan: <u>30-03-2020</u> Alamat: <u>Jl. AER Blok E-11 TIS 10</u> Nama Bayi: <u>Bg. "A"</u> L/☉ Nama Ibu: <u>HY "S"</u> Tanggal Lahir/Umur: <u>2 minggu</u> BB: <u>4.000 gram</u> PB: <u>55 cm</u> Suhu: <u>36,7°C</u> Bayi sakit apa? <u>(-)</u> Kunjungan Pertama: _____ Kunjungan Ulang: <input checked="" type="checkbox"/> KN: <u>1/2</u>		
PENILAIAN		
(Lingkari semua gejala yang ditemukan)		
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI (-) Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua Ada muntah kejang Bayi bergerak hanya ketika distimulus atau tidak bergerak sama sekali Nafas dalam 1 menit <u>44</u> kali / menit. Ulangi jika > 60 kali / menit. Nafas kedua _____ kali / menit. Apakah Nafas cepat (> 60 simen), atau Nafas lambat (< 40 simen) Takan diting dada ke dalam yang sangat kuat Suhu tubuh > 37,5°C Suhu tubuh < 36,5°C Mata bermanah - Banyak _____ Sedikit _____ Pupil kemerahan Pupil kemerahan meluas ke dinding peritoni Pupil bermanah Ada pustul di kulit	Mungkin bukan infeksi	Tindakan Pengobatan - Ajari ibu merawat bayi di rumah - Lakukan ulaha - Gagar bayi muda
MEMERIKSA KTERUS (-) Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari Kuning sampai terlepas tangan atau terlepas kaki Kuning tidak sampai terlepas tangan atau terlepas kaki	Tidak ada infeksi	Lakukan arahan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE ? Bayi sudah diare selama _____ hari (-) Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Keadaan umum bayi - Bayi bergerak atau memuntahkan sendiri atau diare yang (-) - Bergerak sama sekali - Letargis (-) - Gatal atau rewel (-) Mata cekung Cubitan kulit perut kembalinya - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat (lebih lambat dari kulit kuku) (-) - Segera (-)	Diare terapanis	Tangani dengan rencana terapanis - Lakukan arahan dasar bayi muda - Beritahu ibu kapan kembali segera dan kunjungan ulang
MEMERIKSA STATUS HIV (-) Apakah ibu pernah tes HIV? Ya _____ Tidak _____ - Jika "ya" apakah hasilnya "Positif" _____ "Negatif" <input checked="" type="checkbox"/> - Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV? Sudah _____ Belum _____ - Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya _____ Tidak _____ Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya _____ Tidak _____ Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, lakukan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu	Mungkin bukan infeksi HIV	Tangani infeksi lainnya bila ada
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM Berat badan menurut umur - Rendah: < 2 SD _____ - Tidak rendah: > 2 SD <u>4000 gram</u> Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika "Ya" - Berapa kali dalam 24 jam? <u>12</u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan? _____ berapa kali dalam 24 jam? _____ kali alat apa yang digunakan: botol atau cangkir _____ Jika bayi tidak akan ditujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI - Lihat apakah posisi bayi benar Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar - Posisi Salah - Lihat apakah perlekatan baik Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Lidah bawah membuka keluar Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan baik	BB tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian asi	Lakukan arahan dasar bayi muda - Pastikan ibu karena telah memberikan minum kepada bayinya dengan benar

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) - 2015

PENILAIAN (Lingkari semua grafik yang diumukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan) Lihat dan dengar: apakah bayi mengisap dengan efektif Bayi mengisap dalam, teratur, disertai aspirasi, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif Terdapat luka atau bintik putih (thrush) di mulut Terdapat celah bibir / tangkai langit		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Berikan segera setelah lahir Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	⇒	Vit K1 diberikan hari ini 16-05-20
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini HB-0 <u>16-05-20</u> BCG <u>21-05-20</u> DTP <u>21-05-20</u>	⇒	Imunisasi yang diberikan hari ini _____
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN <i>tidak ada</i>		
		Tekanlah kapan kembali segera Hujung-jari Ujung _____ hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <i>tidak ada</i>		

Nama Pemeriksa
ttd _____

Lampiran 14 Informed Consent KB Implan

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KB**

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Fasilitas KB/Jaringan/Instansi : UPT. Puskesmas Kabanaras Gresik

Kode Fasilitas KB/Jaringan/Instansi :

3	5	2	5	0	3	1	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : My Sita Wiroah

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

3	5	2	5	1	4	2	0	0	9	4	0	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sesudah mendapat penjelasan dan MENGENAL SEPERHUNYA PERHAL ALAT/DBA/ CARA KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DIJALUKAN TINDAKAN MEDIK DAN/ATAU PELAYANAN KB SESUAI STANDAR PROFESI BERIPA**.

Suntikan 3 Bulanan Suntikan 2 Bulanan Implan 1 Batang Implan 2 Batang
 IUD Cut BDA IUD Lain-lain Tubektomi Implan 2 Batang Vasektomi

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

N a m a : Sita Wiroah

Selaku SUAMI/ISTERI *) 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/kefiting Dokter/Bidan/Perawat *) UPT. PUSKESMAS Kabanaras

Keterangan : *) coret yang tidak perlu

Klien My Sita Wiroah
(Sita Wiroah)

JENIS TINDAKAN

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

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

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Pencabutan Implan 1 Batang	Implan 1 Batang	13
Pencabutan Implan 2 Batang	Implan 2 Batang	14
Pencabutan IUD Cut BDA	IUD Lain-lain	15
Pencabutan IUD Lain-lain	IUD Lain-lain	16
Rekanalisasi Vasektomi	Vasektomi	17
Rekanalisasi Vasektomi	Vasektomi	18

Gresik, 04 Mei 2020

Suami/Istri Klien *)

My Sita Wiroah
(Sita Wiroah)

CHECK LIST UNTUK PROVIDER

No	Pertanyaan yang dijawab sendiri oleh Provider (No. 1-6 : Berilah tanda centang (✓) pada salah satu kotak)	Ya	Tidak
1.	Untuk alat kontrasepsi Suntikan/IUD/Implan/Tubektomi/Vasektomi *, apakah telah dijelaskan tentang :		
	a. Cara kerja	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Kontraindikasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Efek samping, Komplikasi dan Kegagalan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Keuntungan dan Kerugian Pemakaian	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Untuk tindakan follow-up, apakah telah dijelaskan tentang :		
	a. Jadwal/waktu kunjungan ulang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Tempat pelayanan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Untuk Sterilisasi (Tubektomi/Vasektomi), apakah sudah dijelaskan mengenai :		
	a. Persyaratan Tubektomi/Vasektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Persyaratan Rekanalisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Keberhasilan Rekanalisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bagi calon peserta IUD/Implan *, apakah sudah dijelaskan kapan jadwal pencabutan IUD/Implan-nya ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Untuk klien yang akan dicabut IUD/Implan *, apakah sudah dijelaskan tentang resiko pencabutannya ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bagi peserta IUD/Implan yang akan menjalani pencabutan, apakah sudah ditanyakan kapan tanggal pencabutan yang seharusnya ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kalau Ya, kapan ?		
	<input type="text" value="04"/> Tanggal	<input type="text" value="05"/> Bulan	<input type="text" value="25"/> Tahun
7.	Pencabutan ini termasuk dalam kategori ? (Berilah centang pada salah satu kotak)		
		<input type="checkbox"/> Pencabutan dini	
		<input checked="" type="checkbox"/> Pencabutan pada waktunya	
		<input type="checkbox"/> Pencabutan terlambat	

CATATAN TINDAKAN DAN PERNYATAAN

Catatan seluruh tindakan yang dilakukan :

A. Metode : Pemasangan implan 2 kapsul

B. Keberhasilan tindakan (apakah ditemukan adanya efek samping, komplikasi dan penyakit lainnya) :

Pernyataan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa tindakan medik yang dilakukan, telah memenuhi standar mutu pelayanan yang ditetapkan.


Gretik, 09 Mei 2020

Yang Melaksanakan Tindakan,
Dokter/Bidan *

(UPT. PMA - Kebomas)

*) coret yang tidak perlu





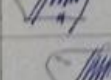
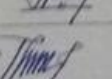
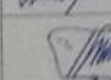
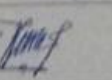
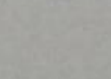
Lampiran 15 Lembar Kunjungan Pasien



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Pembimbing : Luluk Yuliani, S StT ,MPH.

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TID Pembimbing
1.	Rabu, 07 Maret 2020	Pemeriksaan ke-1 ANC Trimester III	
2.	Sabtu, 14 Maret 2020	Pemeriksaan ke-2 ANC Trimester III	
3.	Minggu, 15 Maret 2020	Asuhan Persalinan (INC)	
4.	Minggu, 15 Maret 2020	Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	
5.	Minggu, 15 Maret 2020	1. Asuhan Neonatus ke-1 2. Asuhan Masa Nifas ke-1	
6.	Jumat, 21 Maret 2020	1. Asuhan Neonatus ke-2 2. Asuhan masa nifas ke-2	
7.	Sabtu, 29 Maret 2020	1. Asuhan Neonatus ke-3 2. Asuhan Masa Nifas ke-3	
8.	Sabtu, 26 April 2020	1. Asuhan Masa Nifas ke-4	
9.	Selasa, 04 Mei 2020	Asuhan Keluarga Berencana	

Lampiran 16 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal Laporan Tugas Akhir


**Lembar Konsultasi Bimbingan
Proposal Laporan Tugas Akhir**

Nama Ariyandhini Suci Ningati
 NIM 1711003
 Pembimbing Luluk Yuliati, S. SiT., MPH.

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	Rabu/18-03-2020	- Bab I harus menggambarkan alur pikir pengam bilan masalah penelitian.	
		- Bab II Gunakan referensi yg mendukung dan terbaru maks 10 tk terakhir	
2.	Senin/23-03-2020	- Bab II Gunakan referensi yang mendukung dan terbaru maksimal 10 tk.	
		- Table harus sama semua (konsisten) sesuai pedoman proposal laporan tugas akhir.	
3.	Jumat/27-03-2020	- Bab II Gunakan referensi yang mendukung dan terbaru maksimal 10 tk.	
		- Pengaturan jarak antar halaman jangan terlalu jauh, spasi (1.5)	
4.	Rabu/05-04-2020	- Bab II Gunakan referensi yang mendukung dan terbaru maksimal 10 tk.	
		- Gambar harus disesuaikan ukurannya, lembar dibarengi dan Paragraf Penjelasan kutang nyambung.	
5.	Jumat/17-04-2020	- Bab I harus menggambarkan alur pikir pengambilan masalah penelitian.	
		- Penulisan jumlah data harus diperhatikan konsistensinya.	
6.	Rabu/22-04-2020	- Bab I harus menggambarkan alur pikir pengambilan masalah penelitian.	
		- Konsistensi penulisan sejak kata BPM - PPMB, tanggal & ketuakan.	
7.	Rabu/29-04-2020	- Bab I harus menggambarkan alur pikir pengambilan masalah penelitian.	
		- Bab I kurang nyambung, antara alur pikir dan masalah	
8.	Rabu/03-05-2020	- Bab I perhatikan data Akt terlebih dahulu baru AktB	
		- Penyediaan tanggal, kata pengantar & tambah penguji	
		Acc. persiapan ujian proposal LTA	

Lampiran 17 Berita Acara Perbaikan Proposal



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIH KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Penguji : Suprapti, S.ST., M. Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Pmb Ni Made Warti, S.St. Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	04 Juni 2020	BAB 1	1	<ul style="list-style-type: none"> - Pembenahan latar belakang disederhanakan lagi - Pembenahan tujuan penyusunan LTA harus sesuai dengan Asuhan Contynuity of Care - Pembenahan tulisan, spasi, dan tanda baca 	Sudah Revisi
2	04 Juni 2020	BAB 2	8	<ul style="list-style-type: none"> - Penambahan pengertian Contynuity of Care - Penambahan ROT, MAP, dan IMT pada tanda bahaya kehamilan - Pembenahan dari 10T menjadi 14T - Pembenahan penempelan stiker P4K dan penambahan klasifikasi rujukan - Pembenahan alur pelayanan ANC terpadu - Pengulasan teori skrining pre eklamsi - Pembenahan ukuran lembar penapisan diperbesar - Pembenahan sumber dan teori minimal 10 tahun - Pembenahan tulisan, spasi, dan tanda baca 	Sudah Revisi



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Penguji : Suprapti, S.ST., M. Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Pmb Ni Made Warti, S.St. Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
3	04 Juni 2020	Daftar Pustaka	138	- Daftar pustakan harus sesuai dengan BAB 2	Sudah Revisi

Gresik, 12 Juni 2020
 Penguji,

Suprapti, S.ST, M.Kes.



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Penguji : Nourma Yunita, S.ST., M. Pd.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Pmb Ni Made Warti, S.St. Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	04 Juni 2020	BAB 1	1	- Perbaikan tulisan, spasi, dan tanda baca	Sudah Revisi
2	04 Juni 2020	BAB 2	34	-Perbaikan tulisan, spasi, dan tanda baca -Perbaikan dari 10T menjadi 14T -Perbaikan teori dan daftar pustaka minimal 10 tahun	Sudah Revisi
3	04 Juni 2020	Daftar Pustaka	138	-Disesuaikan antara daftar pustaka dan BAB 2	Sudah Revisi

Gresik, 15 Juni 2020
Penguji,

Nourma Yunita, S.ST, M. Pd.


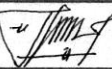

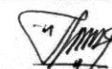
Lampiran 18 Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Akhir



Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir

Nama Ariyandhini Suci Ningati
 NIM 1711003
 Pembimbing Luluk Yuliati, S. SiT., MPH.

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	Rabu/24-06-20	Bab 3 → Perbaiki tulisan, spasi dan tanda baca AMC - Kebutuhan sehari-hari, p4k tidak perlu ditulis ulang bila masih sama kecuali KSPR - Penambahan pemberian tablet Fe - Hasil laboratorium & periksa kembali IMC - Penambahan penulisan HIS. - Penambahan penulisan ketuban & amnionage - Perbaiki pada pemantauan kala IV	
2.	Selasa/30-06-20	Bab 3 → Perbaiki tulisan, spasi, tanda baca dan table. AMC - Sesuaikan dengan data rekam medis. - Penulisan DS lengkap & letakkan pada TM III - Perbaiki kebutuhan dan implementasi - Penulisan VT dan konsistensi tanggal. IMC - Penulisan his dan penambahan VT. - Perbaiki pemberian KIE BBL dan Neonatus - Ars masuk data subjektif - Pemeriksaan fisis tidak perlu diulang? - Penambahan KIE	
3.	Selasa/07-07-20	Bab 3 → Perbaiki tulisan, spasi, tanda baca, dan table. AMC - Penambahan pengambilan data dan buku KIA - Penyesuaian assement dan pemeriksaan fisis. - Perbaiki penulisan kunjungan pada TM III, BB dan kriteria hasil IMC - Perbaiki penulisan VT dan kriteria hasil - Penambahan penulisan lembar partograf. - Penyesuaian kriteria hasil dan implementasi - Laterali tidak perlu ditulis ulang pada kala IV BBL dan Neonatus - Perbaiki pemeriksaan fisis. - Kesiapan antara KIE dan implementasi - Perbaiki KIE dan riwayat imunisasi Nifas - Perbaiki penulisan BB dan pemeriksaan fisis - Kesiapan antara KIE, KH, dan implementasi KB - Perbaiki pengetahuan dan pemeriksaan fisis.	

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
4.	Rabu/15-07-20	Bab 4 - Perbaikan data dan pemberian KIE - Perbaikan tulisan, spasi dan tanda baca - kesesuaian antara data dengan bab 5 - Perbaikan teori dan penambahan data.	
		Bab 5 - Sesuaikan dengan Bab 3 dan 4	
5.	Kamis/16-07-20	Ringkasan - Perbaikan penulisan, spasi dan tanda baca. - Sesuaikan dengan data bab 3	
6.	Rabu/22-07-20	Ringkasan - Perbaikan tulisan, spasi dan tanda baca. Bab 3 → Perbaikan tulisan dan tanda baca dan tabel ANC - Perbaikan penulisan VT dan Kt - Penambahan KIE dan Jam implementasi INC - Perbaikan catatan perkembangan dan penambahan penulisan laterali BBL dan - Penambahan jam implementasi Moanatur - Perbaikan pola kebutuhan - Perbaikan Pementasan fisik Nikas - Pengurangan KIE dan Perbaikan Kt, Pementasan Fisik Bab 4 - kesesuaian dengan data bab 3 - Perbaikan tulisan, tanda baca, dan spasi - kesesuaian dengan teori Bab 5 - Perbaikan penulisan, spasi dan tanda baca dan saran.	
7.	Kamis/23-07-20	Persiapkan PPT, Ace magu ujian	

Lampiran 19 Berita Acara Perbaikan LTA





FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN LTA

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Penguji : Suprapti, S.ST., M. Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Pmb Ni Made Warti, S.St. Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 27 Juli 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	27 Juli 2020	Ringkasan	Vii	<ul style="list-style-type: none"> - Pembetulan tulisan, spasi, dan tanda baca - Kesesuaian dengan masalah yang ada - Penambahan tulisan metode dan tahun 2020 - Penambahan KSPR, keluhan fisiologis, jam dalam kala 1, dan cara penjahitan - Penambahan pemeriksaan pada BBL - Penambahan KIE klasifikasi KSPR 	Sudah Revisi
2	27 Juli 2020	BAB 3	138	<ul style="list-style-type: none"> - Pembetulan tulisan, spasi, dan tanda baca - Penambahan keluhan pada data subjektif - Pembetulan diagnosa, masalah, kebutuhan, dan implementasi - Pembetulan tabel - Pembetulan tujuan pada pelaksanaan - Perbaikan pada pemeriksaan fisik - Perbaikan pada data subjektif pada catatan perkembangan 	Sudah Revisi



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK


Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN LTA

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Penguji : Suprapti, S.ST., M. Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Pmb Ni Made Warti, S.St. Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 27 Juli 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
3	27 Juli 2020	BAB 5	206	- Penambahan tulisan diagnosa	Sudah Revisi

Gresik, 29 Juli 2020
 Penguji,


 Suprapti, S.ST, M.Kes.



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ariyandhini Suci Ningati
 NIM : 1711.003
 Nama Penguji : Nourma Yunita, S.ST., M. Pd.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Pmb Ni Made Warti, S.St. Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 27 Juli 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	27 Juli 2020	BAB 5	206	-Perbaiki tulisan G ₄ P ₃₀₀₀₃ Menjadi P ₄₀₀₀₄	Sudah Revisi
2	27 Juli 2020	Daftar Pustaka	208	-Perbaiki tulisan dan tanda baca	Sudah Revisi

Gresik, 03 Agustus 2020
 Penguji,

Nourma Yunita, S.ST, M. Pd.