

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. “A” MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA NIFAS DI PMB NI MADE WARTI AGUNG, SST KEBOMAS GRESIK TAHUN 2020

NO	Kegiatan	Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
		1	2	3	4	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 Data Dinas Kesehatan

171



PRODI D3 KEBIDANAN
 FAKULTAS KESEHATAN
 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor 046/II.3.UMG/PBdn/F/2020
 Lamp. : -
 Hal : *Surat Pengantar Ijin LTA*
 Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Gresik
 di
 Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

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

Nama	: Adelia Oktaviani
NPM	: 1711.002
Alamat	: Delegan Panceng Gresik
Tujuan	: Mengambil Data AKI, AKB, Kehamilan, Persalinan, BBL, Bayi, Balita, KB, Nifas Mulai Indonesia, Kabupaten, puskesmas pada Tahun 2019- Sekarang

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, 13 Maret 2020
 Pjs. Ka. Prodi,

Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindasan:

1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT
 0071/LAM-PTKes/Akr/Dip/IX/2015

The Power of Islamic Entrepreneurship

Jl. Sumatera 101 Gresik Kota Baru (GKB) Gresik. 61121 Telp: (031) 3951414, Fax: (031) 3952585 Website: <http://www.umg.ac.id>, Email: info@umg.ac.id

Lampran 3. Surat Balasan Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN (BAPPEDA)**

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209, 3952812
Website : <http://bappeda.gresik.go.id> email : bappeda@gresikkab.go.id

G R E S I K

Gresik, 13 Maret 2020

Nomor : 070/104/437.71/2020
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Ijin LTA

Kepada
Yth. Ka. Prodi Kebidanan Fakultas
Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Gresik
di -
Gresik

Dasar :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Ka. Prodi Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik Nomor : 046/IL.3.UMG/PBdn/F/2020 tanggal 13 Maret 2020 Perihal Surat Pengantar Ijin LTA.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya kegiatan yang dilakukan oleh:

1. Nama : Adelia Oktaviani
2. NIM/NIK/NIDN : 1711.002
3. Pekerjaan : Mahasiswa
4. Alamat : Lingkungan Glora Dalegan Rt.003 Rw.003 Desa Dalegan Kec. Panceng Kab. Gresik
5. Keperluan dilakukannya survey/penelitian/KKN : Untuk Melaksanakan Penelitian dengan judul "Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada NY "X" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di PBM Rowani, A.Md. Kebidanan Desa Sidojangkung Menganti Gresik"
6. Tempat melakukan survey/penelitian/KKN : Kab. Gresik
7. Waktu Pelaksanaan survey/penelitian/KKN : 13 Maret - 13 Juni 2020
8. Peserta/Pengikut : -

Lampiran 4. Surat Permohonan Izin Lahan Praktik



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



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

Lamp. : -

Hal : *Surat Pengantar LTA*

Kepada Yth.

BIDAN NYI MADE WARTI AGUNG, 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	: Nadifatul Latifah
NPM	: 1711.009
Alamat	: Sembung Anyar Dukun Gresik
Judul LTA	: Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny."X" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di BIDAN NYI MADE WARTI AGUNG, 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

Tindasan:

1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT

0071/LAM-PTKes/AkrDip/IX/2015

The Power of Islamic Entrepreneurship

Lampiran 5. Surat Balasan Permohonana Izin Lahan Praktek

	RUMAH BERNALIN DEWI SARTIKA BIDAN NI MADE WARTI AGUNG, S.ST SURAT IJIN PRAKTEK BIDAN (SIPB) No. 338.08/1766/401.14/1/P24 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	:	Nadifatul Latifah
NIM	:	1711.009
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 6 Permohonan Sebagai Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nadifatul Latifah

NIM : 1711.009

Adalah mahasiswa Prodi DIII Fakultas Kebidanan 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 terima kasih.

Gresik, 10 Maret 2020

Mahasiswa


NADIFATUL LATIFAH
NIM: 1711.009

Lampiran 7 Persetujuan Sebagai Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Ny. "Ani Desi Lutfitasari"
Umur : 23 tahun
Pekerjaan : Guru
Alamat : Dsn Randu Agung RT 08 RW 03 Gresik

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, 10 Maret 2020

Responden



(Ny. Ani Desi Lutfitasari)

Lampiran 8 Catatan Kesehatan Ibu Hamil

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; KEK (☒), Non KEK (☐) Tinggi Badan: 163 cm
 Golongan Darah: A
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Belum pernah KB
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM(-), Hepatitis(-), HIV/AIDS(-)
TBC(-)
 Riwayat Alergi: Makanan(-), obat(-)

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
18/19	Mual, pusing	110/70	52,3 kg	4 mngg	Belum	Teraba	
	Telat Mens.						
28/19	Taa	100/60	53 kg	15 mngg	Ballotement	(A)	
10/20	Taa	110/60	59 kg	38-39 mngg	3 jari	30 cm	135x/mnt
					Ambalan Px	↓	PuFA
18/20	Taa	100/60	60 kg	39 mngg	1/2 px-Pst	29 cm	140x/mnt
20/20	Kenceng-Kenceng	100/60	60 kg	39 mngg	30 cm	↓	PuFA

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke Jumlah persalinan Jumlah keguguran G P A
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 2 tahun
 Status imunisasi TT terakhir [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir** : ☒ Spontan/Normal ☐ Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+		Calk-Vitonal IXI	ANC Terpadu	Bpm Made	1 Bulan Lagi
-/+					
⊖/+		Calk-Fe Anelut IXI	Istirahat Nutrisi	Bpm Made	1 Bulan Lagi
⊖/+		Vitonal Fe IXI	Tanda bahaya Tm3	Bpm Made	1mg
-/+			Nutrisi Persiapan		Lagi
-/+			Persalinan		
⊖/+		Vitonal IXI Fe IXI	tanda-tanda Persalinan	Bpm Made	Sesuai waktu
⊖/+	Ut = 2cm Ketuban (+)		Eff 25%	let Kep H	
-/+	H=I	Lagunas ⊖			
-/+					
-/+					

Lampiran 9 Skor Pujir Rohjati

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

Nama : Ani Dwi Lutfita San Umur Ibu : 23 Th.
 Hamil ke 2 Haid terakhir tgl : 05-06-2019 Perkiraan persalinan tgl : 22-09-2020
 Pendidikan ibu : SL. PGSD Suami : Andi
 Pekerjaan ibu : Guru Suami :

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III ₁	III ₂
		Skor Awal ibu Hamil	2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 > 35 Th	4				
	3	Terallu 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 Th	4				
	7	Teralu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah Melahirkan dengan					
		a. Tarikan tang/vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu-hamil	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	hamil Kembar air (hidraminon)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				
JUMLAH SKOR				2	2	2	2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

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

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

Lampiran 10 Lembar Cek Lab

LABORATORIUM MEDIS
"DEWI SARTIKA"
 Jl. Dr. Soetomo No. 147 Gresik, Telp. (031) 3984889

Nama Penderita : <u>Ny ani</u>	NO. Register :
Alamat :	Dokter / Bidan : <u>B. mode</u>
Umur : <u>LP</u>	Tgl. Pemeriksaan : <u>12. 3. 2020</u>

HASIL PEMERIKSAAN

PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL
HEMATOLOGI		
O Hemoglobin	<u>11.0</u>	L:13-16;P:12-14 gr/dl
O Laju Endap Darah		L:0-10;P:0-15mm/jam
O Hematokrit		L:40-48;P:37-43%
O Leukosit		4.000-11.000/mm ³
O Eritrosit		L:4,5-5,5;P:4-5j/mm ³
O Trombosit		150.000-500.000/mm ³
O Hitung Jenis		1-2/0-1/2-6/50-70/20-40/2-8
URINE		
O Makroskopis		L:13-16;P:12-14 gr/dl
* Warna		Kuning Jernih
* Reduksi	<u>Negatif</u>	
* Protein	<u>Negatif</u>	
* pH		
* Bj		10,10-10,30
* Bilirubin		
O Mikroskopis		L:13-16;P:12-14 gr/dl
* Leukosit		0-2/LP
* Eritrosit		0-1/LP
* Epitel		0-2/LP
* Lain-lain		
SEROLOGI		
CRP		< 6 mg/dl
FAESES		
O Makroskopis		
* Warna		
* Konsistensi		
* Darah		
* Lendir		
O Mikroskopis		

PEMERIKSAAN	HASIL	NORMAL
SEROLOG / IMUNOLOGI		
O Tes Widal		
O		
H		
A		
B		
O Tes Kehamilan		
O Golongan Darah		
GLUKOSA DARAH		
O Gula Darah Puasa		70-110 mg/dl
O Gula Darah 2 jam		90-125 mg/dl
O Gula Darah Acak	<u>58</u>	< 150 mg/dl
FAAL GINJAL		
O BUN		10-20 mg/dl
O S. Creatinin		L:0,8-15,5;P:0,7-13
O Asam Urat		L:3,4-7,0;P:2,4-5,7
FAAL HATI		
O Bilirubin		T:2-1,0mg/dl;D:0,1-0,5mg/dl
O SGOT		5-25 U/l
O SGPT		5-29 U/l
O Alkali Fosfatase		dws:49-232 an.<400m U/l
O Total Protein		6,0-8,7 gr/dl
O Albumin		3,8-5,7 gr/dl
O Globulin		2,3-3,5 gr/dl
O Gamma GT		0,5-1,6 gr/dl
O Hbs Ag (stick)	<u>Negatif</u>	
O Anti Ht		
LEMAK		
O Kolesterol		150-230 mg/dl
O HDL Kolesterol		>35-<55 mg/dl
O LDL Kolesterol		< 150 mg/dl
O Triglyserid		< 150 mg/dl

Pemeriksa,


Lampiran 11. Lembar Penampisan

PENAMPISAN IBU BERSALIN		DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT	
1	Riwayat bedah sesar	☐	☒
2	Perdarahan pervaginam	☐	☒
3	Persalinan kurang bulan (< 37 mg)	☐	☒
4	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental	☐	☒
5	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)	☐	☒
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 27 mg)	☐	☒
7	Ikterus	☐	☒
8	Anemi berat	☐	☒
9	Tanda / gejala infeksi	☐	☒
10	Pre eklamsi / hipertensi dalam kehamilan	☐	☒
11	Tfui 40 cm atau lebih	☐	☒
12	Gawat janin	☐	☒
13	Preni para fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	☐	☒
14	Presentasi bukan Belakang Kepala	☐	☒
15	Presentasi ganda	☐	☒
16	Kehamilan gemelli	☐	☒
17	Tali pusat memutar	☐	☒
18	Syok	☐	☒

Lampiran 12 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN ANAMNESE

Tgl: 20-03-2020 Jam: 14.00 WIB.
 His mulai tgl: 20-03-2020 Jam: 08.00 WIB
 Darah: 20-03-2020 Jam: 10.00 WIB.
 Lendir: .
 Ketuban pecah: belum
 keluhan lain: .

B. KEADAAN UMUM

Tensi: 110/70 mmHg.
 Suhu/ Nadi: 36.9°C / 82 x/mnt.
 Oedema: -/-
 Lain-lain: .

C. PEMERIKSA OBSTETRI

1. Palpasi: Pertengahan Px - Pst (30cm) let. Kep I
 2. Djj: Puka (145 x/mnt).
 3. His 10": Ada. x, lama detik
 4. VT Tgl: 20-03-2020 Jam: 14.00
 5. Hasil: 2cm, eff 25%, Ket (+), Hodge I, presentasi bd. Kep.
 6. Pemeriksaan: Muk. kiri depan, moulage (-), tidak terdapat bagian terkecil bag. disamping kepala.
 Bidan.

OBSERVASI KALA I (Fase laten 0 < 4 CM)

Tanggal	Jam	His dalam 10"		Djj	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
20-03-20	18.00	3X	25"	138 x/mnt	110/60 mmHg	36.4°C	86 x/mnt	23cm, eff 25%, Ket (+)	Obs. 1 Jam
	18.30	3X	25"	140 x/mnt			84 x/mnt	H II. Prex bd. Kp. Muk. kiri depan, moulage (-).	
	19.00	3X	20"	138 x/mnt			80 x/mnt		
	19.30	3X	27"	140 x/mnt			87 x/mnt		
	20.00	3X	24"	142 x/mnt			89 x/mnt		
	20.30	2X	28"	138 x/mnt			88 x/mnt		
	21.00	2X	29"	140 x/mnt			82 x/mnt		
	21.30	3X	30"	145 x/mnt			87 x/mnt		

Lampiran 13 Lembar Patograf Depan

40

PARTOGRAF

No Register Nama Ibu Ny. A. Umur 23 thn G 2 P 1 A 0
 No Puskesmas Tanggal 20-03-2020 Jam 22.00
 Ketuban Pecah Sejak Jam 21-03-2020 (02.30) Mules Sejak Jam 08.00 WIB (20/03/20)

Aktivitas
Lutut
(jam - menit)

Air Ketuban
Penyusutan

Pembuluh darah
Tangan & Kepala
bertanda O

Kontraksi
Triap
10 Menit

Oksitosin I.U.
Tetes/Menit

Obat dan cairan IV

Suhu °C

Urut

Nutrisi

Centimeter (cm)

Waktu (jam)

21-03-2020
Bayi Lahir SP1-B Makin Suka
Pukul 02.35 WIB. Jk. Laki-laki
BB: 3100 gram, PB: 50 cm, LD: 30 cm
LK: 31 cm. Ajar (1) Kelahiran C
A-S 8-9

Kontraksi
Triap
10 Menit

Oksitosin I.U.
Tetes/Menit

Obat dan cairan IV

Suhu °C

Urut

Nutrisi

36°C. 36°C.

Protein
Aseton
Volume

Makan
Minum

1/2 Nasi, 1/2 Piring, 1kan, sayur sop.
1/2 Botol Air Putih.

Lampiran 14 Lembar Patograf Belakang

CAKUPAN PERSALINAN

- Tanggal : 21-03-2020
- Nama Bidan : Ni Made Warti Agung S.S.T.
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☒ Lainnya : BPM Dewi Sanjaya
- Alamat tempat persalinan : Kepomahan
- Cetakan, Rujuk, Kala : I / III / IIII 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
 - ☐ HOK
 - ☐ Infeksi
 - ☐ PMTCT

KALA I

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

KALA II

- Episiotomi
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat Persalinan :
 - ☐ Teman
 - ☒ Suami
 - ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Tidak ada
- Gawat Janin
 - ☐ Ya, Tindakan yang dilakukan :
 -
 -
 - ☒ Tidak
 - ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 Menit selama KALA II, Hasil :
- Distosia Bahu
 - ☐ Ya, Tindakan yang dilakukan :
 - ☐ Tidak
- Masalah lain, Penatalaksanaan masalah tsb. :
- Hasilnya :

KALA III

- Inisiasi menyusu dini :
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, Alasan :
- Lama Kala III : 5 Menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
 - ☒ Ya, Waktu : 1 Menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan :
 - Penjepit tali pusar : 2 Menit Setelah bayi lahir
- Pemberian Ulang Oksitosin (2X) ?
 - ☐ Ya, alasan :
 - ☒ Tidak

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yang keluar
1	02.55	110/70	83	36	Setinggi PSI	Keras	200cc	+ 20cc
	03.10	108/60	87		Setinggi PSI	Keras	+ 20cc	
	03.25	105/55	88		Setinggi PSI	Keras		
	03.40	110/76	87		Setinggi PSI	Keras		+ 20cc
2	04.10	109/60	86	36.7	Setinggi PSI	Keras	+ 10-20	
	04.40	110/60	86		Setinggi PSI	Keras		+ 20cc

Masalah kala IV :
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :

- Penegangan tali pusar terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan :
- Masase Fundus Uteri ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, Alasan :
- Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
 Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 Menit :
 - ☒ Tidak
 - ☐ Ya, Tindakan :
- Laserasi
 - ☒ Ya, Dimana : Derajat I, 1 cmukosa Vagina, Komisura Posterior, Kulit Perineum
 - ☐ Tidak
- Jika Laserasi perineum, derajat 1/2/3/4
 Tindakan :
 - ☐ Penjahitan, Dengan / Tanpa Anestesi
 - ☒ Tidak dijahit, Alasan :
- Atoni Uteri :
 - ☐ Ya, Tindakan :
 - ☐ Tidak
- Jumlah darah yang keluar / Pendarahan : + 200 cc
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

KALA IV
- Kondisi ibu : KU baik, TD 100/60 mmHg, Nadi 83 x/mnt, Nafas 22 x/mnt
- Masalah dan Penatalaksanaan Masalah :
BAYI BARU LAHIR
- Berat Badan : 3.100 Gram
- Panjang Badan : 50 Cm
- Jenis Kelamin : ♂
- Penilaian bayi baru lahir : baik Ada penyulit
- Bayi lahir :
 - ☒ Normal, Tindakan :
 - ☒ Meringkan
 - ☒ Menghangatkan
 - ☒ Rangsangan tekstil
 - ☒ Memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, Tindakan :
 - Meringkan
 - Rangsang tekstil
 - Bebaskan jalan nafas
 - Menghangatkan
 - Bebaskan jalan nafas, Sebutkan :
 - Pakailah / selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
 - ☐ Hipotermi, Tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir :
 - ☒ Ya, Waktu : 1 Jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, Alasan :
- Masalah lain, Sebutkan :
 Hasilnya :

Lampiran 15 Lembar Pelayanan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)	Kunjungan 4
	Tgl: 21-03-20	Tgl: 28-03-20	Tgl: 04-04-20	02-05-2020
Kondisi ibu secara umum	Baik.	Baik	Baik.	Baik.
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	110/70, 36,5, 22, 82	110/70 36,5 21 82	90/60 36,22x	110/70 36,5 21 82
Perdarahan pervaginam	+ 50 cc.	± 25 cc.	± 20 cc.	± 5 cc.
Kondisi perineum	Basah.	Kering.	Kering.	Kering.
Tanda infeksi	Taa.	Taa.	Taa.	Taa.
Kontraksi uteri	Keras.	Keras	Keras.	Keras
Tinggi Fundus Uteri	2 jari dibawah pus	2 jari dibawah pus	Tidak teraba.	Tidak teraba.
Lokhia	Purba.	Sanguelenta.	Alba.	Alba.
Pemeriksaan jalan lahir	u.	u.	u.	u.
Pemeriksaan payudara	u.	u.	u.	u.
Produksi ASI	+ / +	+ / +	+ / +	+ / +
Pemberian Kapsul Vit.A	21-03-20	-	-	-
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-	-	-	-
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-	-
Buang Air Besar (BAB)	-	+	+	+
Buang Air Kecil (BAK)	-	+	+	+
Memberi nasehat 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.
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	ya.	ya	ya	ya.
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	ya.	ya	ya	ya
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	-	-	-	-
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan	ya.	ya	ya	ya.
Perawatan bayi yang benar	ya.	ya	ya	ya
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	ya.	ya	ya	ya
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	ya	ya	ya	ya
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	ya.	ya	ya.	ya

Lampiran 16 Lembar Kunjungan BBL

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: 21-03-20	Tgl: 22-03-20	Tgl: 04-04-20
Berat badan (gram)	3100 gram	3200 gram	3500 gram
Panjang badan (cm)	50 cm	50 cm	50 cm
Suhu (°C)	36.5 °C	36.5 °C	36.7 °C
Frekuensi nafas (x/menit)	60 x/menit	49 x/menit	48 x/menit
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	115 x/menit	115 x/menit	118 x/menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	-	-	-
Memeriksa ikterus	-	-	-
Memeriksa diare	-	-	-
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	-	-	-
Memeriksa status Vit K1			
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1			
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	-	-	-
• SHK Ya / Tidak			
• Hasil tes SHK (-) / (+)			
• Konfirmasi hasil SHK			
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)			
Nama pemeriksa			

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



Lampiran 17 MTBM

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Ref. Kunjungan Nama Bayi Alamat Suhu Badan Kunjungan Pertama	21-03-2020 By N/A 1 Hari 36.9°C KN	L/P Nama Orang Alamat Berat Badan TANYAKAN	Ny "A" Pandu Agung 3100 Bayi Ibu Sakit Apa? Kunjungan Ulang
PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan) MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya (-) • Ada riwayat kejang (-) • Bayi bergerak hanya jika dirangsang (-) • Hitung nafas dalam 1 menit (0) kali/menit - Ulangi jika ≥ 60 /menit. Hitung nafas kedua ____ kali/menit (-) - Napas cepat - Napas lambat (≤ 30 /menit) • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat (-) • Bayi merintih (-) • Suhu tubuh $> 37.5^{\circ}\text{C}$ (-) • Suhu tubuh $< 35.5^{\circ}\text{C}$ (-) • Mata bermanah. apakah sedikit atau banyak? (-) • Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut (-) • Pusar kemerahan atau bermanah (-) • Ada pustule di kulit (-)	KLASIFIKASI mungkin bukan infeksi	TINDAKAN/PENGOBATAN • opus ibu cara merawat bayi di rumah • Lakukan asuhan dasar bayi muda.	
APAKAH BAYI DIARE • Sudah diare selama ____ hari (-) • Keadaan umum bayi (-) - Letargis atau tidak sadar - Gelisah/rewel • Mata cekung (-) • Cubitan kulit perut kembalinya (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna (-)	Ya ____ Tidak ☒	diare tanpa dehidrasi tangani sesuai rencana terapi • lakukan asuhan dasar bayi muda • nasihat ibu agar untuk kembali segera • kunjungan ulang	
MEMERIKSA IKTERUS • Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) (-) • Kuning ditemukan pada umur ≥ 14 jam sampai ≤ 14 hari (-) • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari (-) • Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki (-) • Tinja berwarna pucat (-)	tidak ada ikterus	lakukan asuhan dasar bayi muda.	
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI • Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya ☒ Tidak ____ • Berat badan menurut umur : - BB/U $\leq - 2$ SD - BB/U $> - 2$ SD • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya ____ Tidak ☒ • Apakah bayi diberi ASI? - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? <u>12</u> kali. • Apakah bayi diberi minuman selain ASI? (-) - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? ____ kali - Alat apa yang digunakan? • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut. (-) • Ada celah bibir/langit-langit. (-) JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dlm 24 jam, diberi makan/minum selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI : • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya - Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amati pemberian ASI dg seksama Bersihkan hidung yg tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. • Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. • Lihat apakah perlekatan benar Dagu bayi menempel payudara ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak. Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik • Lihat apakah posisi bayi benar Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat dengan ibunya. Posisi salah - posisi benar • Lihat dan dengar apakah bayi menghisap dalam dan efektif. Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya dg suara menelan. Tidak menghisap sama sekali - tidak menghisap dengan efektif - menghisap dengan efektif	BB tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI	lakukan asuhan dasar bayi muda • Puji ibu karena telah membentuk minum kepada Bayinya.	
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)	21-03-2020	Vit K1 diberikan segera setelah lahir ☒	
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B-0 ☒ BCG ____ Polio ____		Imunisasi yang diberikan hari ini 21-03-2020	
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN LAIN			
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		Nasihat ibu kapan kembali segera Kembali kunjungan ulang Sabtu hari	

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tgl kunjungan 28-03-2020
 Nama Bayi Ny. Ny. A. LP
 Umur 2 bulan
 Suhu Badan 36°C
 Kunjungan Pertama

Nama Ortu Ny. A.
 Alamat Rawa Agung
 Berat Badan 3200 gr
 TANYAKAN : Bayi Ibu Sakit Apa?
 Kunjungan Ulang 2

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI - Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya (-) - Ada riwayat kejang (-) - Bayi bergerak hanya jika dirangsang (-) - Hitung nafas dalam 1 menit 44 kali/menit - Ulangi jika ≥ 60 kali/menit. Hitung nafas kedua kali/menit (-) - Napas cepat - Napas lambat (≤ 30 kali/menit) - Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat (-) - Bayi merintih (-) - Suhu tubuh $> 37.5^{\circ}\text{C}$ (-) - Suhu tubuh $< 35.5^{\circ}\text{C}$ (-) - Mata bermanah : apakah sedikit atau banyak? (-) - Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut (-) - Pusar kemerahan atau bermanah (-) - Ada pustule di kulit (-)	Mungkin bukan infeksi	ayan ibu cari Merawat bayi dirumah. - lakukan asuhan dasar bayi muda.
APAKAH BAYI DIARE - Sudah diare selama hari (-) - Kondisi umum bayi : - Letargis atau tidak sadar - Gelisah/rewel - Mata cekung - Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat - Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna	diare tanpa dehidrasi	tangani sesuai rencana terapi - lakukan asuhan dasar bayi muda - maslahati ibu kapan untuk kembali segera.
MEMERIKSA IKTERUS - Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) (-) - Kuning ditemukan pada umur ≥ 14 jam sampai ≤ 14 hari (-) - Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari (-) - Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki (-) - Tinja berwarna pucat (-)	tidak ada ikterus.	- lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. - Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya Tidak - Berat badan menurut umur : BB/U $\leq - 2$ SD - BB/U $> - 2$ SD - Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya Tidak - Apakah bayi diberi ASI? Ya Tidak - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? 2 kali - Apakah bayi diberi minuman selain ASI? (-) - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? kali - Alat apa yang digunakan? - Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut - Ada celah bibir/langit-langit JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dlm 24 jam, diberi makan/minum selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit. LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI : - Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? (-) - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya - Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi. Amati pemberian ASI dg seksama Bersihkan hidung yg tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. - Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. - Lihat apakah perlekatan benar : - Dagu bayi menempel payudara ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak - Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik - Lihat apakah posisi bayi benar : - Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat dengan ibunya - Posisi salah - posisi benar - Lihat dan dengar apakah bayi menghisap dalam dan efektif : - Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya dg suara menelan. - Tidak menghisap sama sekali - tidak menghisap dengan efektif - menghisap dengan efektif	BB tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI	- lakukan asuhan dasar bayi muda. - puji ibu karena telah memberikan minum ASI kepada bayinya.
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)		Vit K1 diberikan segera setelah lahir
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B-0 BCG Polio		Imunisasi yang diberikan hari ini.
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN LAIN		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		Nasihati ibu kapan kembali segera. Kembali kunjungan ulang : hari 29-03-20

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tgl kunjungan 09-04-2020
 Nama Bayi By "B" LP
 Umur 2 minggu / 14 hari
 Suhu Badan 36,7 °C
 Kunjungan Pertama

Nama Ortu Ny "A"
 Alamat Randu Agung
 Berat Badan 3500 gr
 TANYAKAN : Bayi Ibu Sakit Apa?
 Kunjungan Ulang KAU (3)

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya (-) • Ada riwayat kejang • Bayi bergerak hanya jika dirangsang • Hitung nafas dalam 1 menit ____ kali/menit - Ulangi jika ≥ 60 kali/menit. Hitung nafas kedua ____ kali/menit - Napas cepat - Napas lambat (≤ 30 kali/menit) • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Bayi merintih • Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ • Suhu tubuh $< 35,5^{\circ}\text{C}$ • Mata bernaah : apakah sedikit atau banyak? • Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut • Pusar kemerahan atau bernaah • Ada pustule di kulit	mungkin bukan infeksi	
APAKAH BAYI DIARE Ya ____ Tidak ☒ • Sudah diare selama ____ hari • Keadaan umum bayi C1 - Letargis atau tidak sadar - Gelisah/rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya - Sangat lambat (>2 detik) - Lambat • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna	Diare	lakukan sesuai rencana terapi lakukan asuhan dasar bayi muda - Ususlah ibu kapan untuk kembali segera
MEMERIKSA IKTERUS • Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (<24 jam) • Kuning ditemukan pada umur ≥ 14 jam sampai ≤ 14 hari (-) • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari • Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki • Tinja berwarna pucat	tidak ada Ikterus	lakukan asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. • Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya ☒ Tidak ____ • Berat badan menurut umur : - BB/U ≤ -2 SD - BB/U > -2 SD • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya ____ Tidak ☒ • Apakah bayi diberi ASI? Ya ☒ Tidak ____ - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? ____ kali • Apakah bayi diberi minuman selain ASI? (-) - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? ____ kali - Alat apa yang digunakan ? • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut. • Ada celah bibir/langit-langit JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dlm 24 jam, diberi makan/minum selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI : • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? (-) - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya - Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi. Amati pemberian ASI dg seksama Bersihkan hidung yg tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. • Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. • Lihat apakah perlekatan benar : Dagu bayi menempel payudara ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik • Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat dengan ibunya. Posisi salah - posisi benar • Lihat dan dengar apakah bayi menghisap dalam dan efektif : Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya dg suara menelan. Tidak menghisap sama sekali - tidak menghisap dengan efektif - menghisap dengan efektif	BB tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI	lakukan asuhan dasar bayi muda - Pujilah ibu karena telah memberikan ASI kepada bayinya
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)		Vit k1 diberikan segera setelah lahir
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B-0 ____ BCG ☒ Polio ____		Imunisasi yang diberikan hari ini 09-04-20
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN LAIN		Nasihat ibu kapan kembali segera Kembali kunjungan ulang ____ hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		25-juni 2020

Lampiran 18 Informed Consent KB

(INFORMEL .ONSENT)

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama KKB/RS/DPS/BPS*)
 Alamat Klinik
 Nomor Kode Klinik KB
 Nomor Klien
 (sesuai dengan KIV/KB/04)

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
 Nama
 Umur Tahun
 Jenis Kelamin
 Alamat Lengkap
 RT/RW
 Kelurahan/Desa
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Kode Pos

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
 Nama
 Umur Tahun
 Jenis Kelamin
 Alamat Lengkap
 RT/RW
 Kelurahan/Desa
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Kode Pos

Selaku KLIEN : setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG KAMI PILIH, maka kami SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa IUD/implent/ MOW/MOP *)

Kami telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medis dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini dibuat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK tersebut

Yang membuat pernyataan:
 Dokter/IB/IBS/IBK/IBG/IBST/IBS*)
 (Tanda Tangan dan Stempel)
 NIP.

Klien
 (Tanda Tangan)
 NIP.

Suami/Istri Klien
 (Tanda Tangan)
 NIP.

20

Keterangan : *) obat yang tidak perlu

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama KKB/RS/DPS/BPS*)
 Alamat Klinik
 Nomor Kode Klinik KB
 Nomor Klien
 (sesuai dengan KIV/KB/04)

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
 Nama
 Umur Tahun
 Jenis Kelamin
 Alamat Lengkap
 RT/RW
 Kelurahan/Desa
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Kode Pos

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
 Nama
 Umur Tahun
 Jenis Kelamin
 Alamat Lengkap
 RT/RW
 Kelurahan/Desa
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Kode Pos

Selaku KLIEN : setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG KAMI PILIH, maka kami SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa IUD/implent/ MOW/MOP *)

Kami telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medis dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini dibuat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK tersebut

Yang membuat pernyataan:
 Dokter/IB/IBS/IBK/IBG/IBST/IBS*)
 (Tanda Tangan dan Stempel)
 NIP.

Klien
 (Tanda Tangan)
 NIP.

Suami/Istri Klien
 (Tanda Tangan)
 NIP.

20

Keterangan : *) obat yang tidak perlu

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama KKB/RS/DPS/BPS*)
 Alamat Klinik
 Nomor Kode Klinik KB
 Nomor Klien
 (sesuai dengan KIV/KB/04)

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
 Nama
 Umur Tahun
 Jenis Kelamin
 Alamat Lengkap
 RT/RW
 Kelurahan/Desa
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Kode Pos

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
 Nama
 Umur Tahun
 Jenis Kelamin
 Alamat Lengkap
 RT/RW
 Kelurahan/Desa
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Kode Pos

Selaku KLIEN : setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG KAMI PILIH, maka kami SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa IUD/implent/ MOW/MOP *)

Kami telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medis dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini dibuat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK tersebut

Yang membuat pernyataan:
 Dokter/IB/IBS/IBK/IBG/IBST/IBS*)
 (Tanda Tangan dan Stempel)
 NIP.

Klien
 (Tanda Tangan)
 NIP.

Suami/Istri Klien
 (Tanda Tangan)
 NIP.

20

Keterangan : *) obat yang tidak perlu

Lampiran 19 Kartu KB

KARTU KB		No. 2020/09/203
Nama : Ani Desi Luyitasari	Nama Suami : Fendik Fud Hidayat	
Umur : 23 tahun	Umur : 25 tahun	
Pendidikan : SL (Guru)	Pendidikan : SMP	
Kawin Ke : 1	Kawin Ke : 1	
Pekerjaan : Guru	Pekerjaan : Wiraswasta	
Alamat : Jln. R. Wahidin SH. diwan Rambu buo Fandu Agung Pice RW 03.	Telepon : 081259217097	
STATUS PESERTA KB BARU		
1. Jumlah anak hidup	: 1 (satu) + Barulahir : Dua (2)	
2. Keinginan punya anak lagi	: Sudah cukup 2	
3. Saat ingin punya anak lagi	: -	
4. Status kehamilan saat ini	: -	
5. Riwayat komplikasi kehamilan	: -	
6. Sikap pasangan terhadap KB	: Menyetujui Pengunaan KB suntik 3 bulan	
7. Menjelaskan resiko HIV / AIDS / PMS	: Sudah	
8. Metode ganda untuk akseptor KB yang resiko tertular HIV / AIDS / PMS (pakai kondom)	: -	
PEMERIKSAAN		
1. Tekanan darah	: 110/70 mm hg BB : 67 Kg	
2. Hari terakhir	: 15-06-2019	
3. Kebiasaan merokok	: Sudah berhenti	
4. Tentang menyusui	: 21-03-2020	
5. Tanggal persalinan terakhir	: Baik	
6. Keadaan calon peserta saat ini	: Ya / Tidak	
- Sakit Kuning	: Ya / Tidak	
- Perd. Per. Vag	: Ya / Tidak	
- Tumor Payudara	: Ya / Tidak	
7. Keluhan	: Galat, Seperti Susu, Busa, Cair	
- Fluoribus	: Ya / Tidak	
8. Calon Aks. IUD dilakukan pemeriksaan	: Ya / Tidak	
- Tanda Radang	: Ya / Tidak	
- Tumor	: Retro / Anteileksi	
- Posisi Rahim	: Varices, Jengger, Condilo, Bartholinitis	
- Genetalia Luar / Dalam	: -	
9. Alat Kontrasepsi yang diberikan	: Suntik KB 3 bulan / 07 Mei 2020	
- Tanggal dilayani	: 30 Agustus 2020	
- Tanggal dipesan kembali	: -	
- Tanggal dilepas	: -	

Lampiran 20 Lembar Bukti Pendampingan Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Lembar Bukti Pendampingan Pelaksanaan Asuhan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir

Identitas Pasien
 Nama: Ny. "A"
 Tempat/Tgl Lahir (Usia): 23 tahun
 Alamat: Jalan Ar. Abdullah s.d. dusun Randubaya Pandu Agung
 RT 08 RW 03 (Kec.) Kebomas Gresik
 No HP: 081 25921 7097

No	Haru/ Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosis	Asuhan	Tanda tangun Klien	Tanda tangun Mahasiswa	Tanda tangun Bidan	Tanda tangun Pembimbing
1	10 Maret 20	Taca	TU: TD 110/70 mmHg JW: 3x perdarahan px UK: 32 minggu	G6 P1000 / uk 38 mgp T/A / 10 / ketkep	Kiri tanda bahaya, perawatan Pelayanan, Persiapan Persalinan				
2	12 Maret 20	Taca	TU: TD 100/60 mmHg UK: 30 minggu	Kur baik G6 P1000 / uk 39 mgp T/A / 10 / ketkep	tanda persalinan Persiapan persalinan				
3	20 Maret 20	Kecung-kecung Kulbir keluar darah	TU: 110/70 mmHg BB: 60.8 kg UK: 39 minggu JT: 02 cm, ketep ET 252 ketkep	G6 P1000 / upartu Kala I fase Laten	Isidat yang cukup, Waktu 8 jam 20 menit mendampingi				
4	Taca	BB: 3100 gram TD: 50 T. 10 cm	Acutatus cukup bulan umur 1 kin	menyapa kebayangkin bayu KIE - tak ada bahaya DBL ASIS eksisif					



Lembar Bukti Pendampingan Pelaksanaan Asuhan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir

Identitas Pasien

Nama : Ny "A"
Tempat/Tgl Lahir (Usia) : 23 tahun
Alamat : Jalan dr. wuludin st. alun Randuboyo Randu Agung
RT 08 RW 03 Ckos Kebomas Gresik.
No HP : 081259217097

No	Hari/Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosis	Asuhan	Tanda tangan Klien	Tanda tangan Mahasiswa	Tanda tangan Bidan	Tanda tangan Pembimbing
5.	22 Maret 20	TGA	1. Keras BB: 3200 gram	Necrotic cukup bulan usia 7 hari	- ASI Eksklusif - anjurkan Batang kembali pada tanggal 04 April 2020 - untuk imunitas: BCG untuk imunitas: BCG dan Polio 1.				
6.	04 April 20	TGA	BB: 3000 gram	Necrotic cukup bulan usia 14 hari	- ASI Eksklusif - imunitas: BCG dan Polio 1.				
7.	21 Maret 20	Pasien ibu agar mules	TU: TD=110/70 mmHg S: 36.5°C TFU: 2 jari di bawah PS: 100 bpm LK: 100 bpm Lochia: RBBB	P2000 Nifas Fisiologi 6 jam Posi Partum	Tanda bahaya nifas. Kontrol cukup dalam 8 jam setiap 1 jam. Perawatan Perineum.				
8.	22 Maret 20	TGA	TU: TD: 110/70 mmHg S: 36.5°C TFU: 2 jari di atas PS: 100 bpm Lochia: sanguinolenta	P2000 6 hari Pos partum Pos partum	Letih saat menyusui cukup. Senam nifas.				

Lampiran 21 Lembar Konsultasi Proposal


**Lembar Konsultasi Bimbingan
Proposal Laporan Tugas Akhir**

Nama : Nadifatul Latifah
NIM : 1711.009
Pembimbing : Munisah, S.ST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 17/03 ²⁰	Revisi Bab 1 : Latar Belakang (lebih mengerucut) Permasalahan dari dunia, Indonesia, provinsi, kab. Pekerjaan dan terakhir Gpu.	
		Revisi Bab 2 : Tanda- tanda kehamilan, program komunikasi, Standar Asuhan persa ibu hamil IGT ganti LOT	
		-Ukuran Tfu sesuai dengan usia kehamilan dibentuk tabel.	
		-Perbaiki tabel KB dan Efek sampingnya.	
		- perhatikan Referensi, tanda kurung, titik, koma.	
2.	Minggu/ 29/03 ²⁰	Revisi Bab 1 : Penulisan font samakan sama panduan kata pengantar : Tanggal tidak terpisah. Perbaiki Daftar Isi, Daftar tabel, Daftar gambar, Arti singkatan dibuat miring. Latar Belakang dimulai dengan proses kehamilan, perhatikan target yang dicapai	
		Revisi Bab 2 : - Apabila ada gambar, beri keterangan. - Apabila tabel putus, diberi penjelasan. - Persa program LOT lebih dijelaskan.	



Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal Laporan Tugas Akhir

Nama : Nadifatul Latifah
NIM : 1711.009
Pembimbing : Munisah, S.ST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
	Minggu 29/03/20	Bab 1 : • Penulisan undang-undang tentang ANK	
		terpaku tidak perlu huruf kapital.	
		• Jelaskan tujuan bahaya persatuan.	
		• Para perubahan fungsi ibu nifas, tabulatur	
		Pemurutan Tfu dan bayi lahir.	
		• Beri tabel tentang komunikasi pada nifas.	
		• Perbaiki Referensi.	
3.	Selasa 31/03/20	Revisi Bab 1 : Latar Belakang : Sumbat dengan	
		Proses pengambilan Data (SDKI)	
		• Perbaiki, Berapa target yang dicapai	
4.	Rabu 01/04/20	Acc Bab 1, fonal Bab 2.	
5.	Jum'at 03/04/20	Revisi Bab 2 : Perbaiki Referensi.	
6.	Jum'at 03/04/20	Acc BAB 2.	
		Acc magu proposal	

Lampiran 22 Berita Acara Proposal



**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Nadifatul Latifah
 NIM : 1711.009
 Nama Penguji 1 : Rizka Esty Savriana, SST., M.Kes
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" Masa Hamil Sampai
 Dengan Keluarga Berencana Di PMB Ni Made Warti
 Agung, SST., Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 03 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	03-Juni-2020	Cover Depan		Pembenaran Inisial Pasien	Sudah revisi
		Lembar Pengesahan	iii	Pembenaran pada tanda tangan ketua penguji, NIDN terbalik	Sudah revisi
		Kata pengantar	vi	Pembenaran kata pengantar tidak ada ketua penguji	Sudah revisi
		Daftar isi	vii	Pembenaran penulisan numbering lebih dirapikan	Sudah revisi
		Daftar singkatan	xiv	Pembenaran daftar singkatan lebih dilengkapi kata (penakib, ponek, poned) belum masuk	Sudah revisi
		BAB I	1	Pembenaran singkatan (AKI, AKB) diparagraf awal dan dijabarkan pada paragraf selanjutnya cukup dengan singkatan	Sudah revisi
		BAB I	2	Pembenaran pada kata Letsu jangan disingkat	Sudah revisi
		BAB II	7	Pembenaran kata asing dimiringkan	Sudah revisi
		BAB II	98	Pembenaran Lebih dikelompokkan untuk metode alat Kontrasepsi (hormonal, nonhormal)	Sudah revisi



**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Nadifatul Latifah
 NIM : 1711.009
 Nama Penguji 1 : Rizka Esty Savriana, SST., M.Kes
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" Masa Hamil Sampai
 Dengan Keluarga Berencana Di PMB Ni Made Warti
 Agung, SST., Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 03 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	09-Juni-2020	BAB I	8	Pembenaran kata asing dimiringkan	Sudah revisi
		BAB I	8	Pembenaran tujuan continuity of care	Sudah revisi
		BAB II	19	Pembenaran kata asing dimiringkan	Sudah revisi

Gresik, 10 Juni 2020
 Penguji 1

Rizka Esty Savriana, SST, M.Kes



**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Nadifatul Latifah
 NIM : 1711.009
 Nama Ketua Penguji : Siti Hamidah S.ST., M.Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" Masa Hamil Sampai
 Dengan Keluarga Berencana Di PMB Ni Made Warti
 Agung, SST., Kebomas Gresik
 Tanggal Ujian : 03 Juni 2020

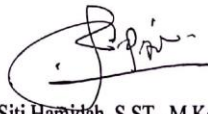
No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	03/06/20	Cover Depan		Pembenaran Inisial	Sudah revisi
		Cover sampul	i	Pembenaran inisial	Sudah revisi
		Lembar pengesahan	iii	Pembenaran pada tanda tangan ketua penguji	Sudah revisi
		Surat pernyataan	iv	Pembenaran inisial	Sudah revisi
		Kata pengantar	vi	Pembenaran kata pengantar tidak ada ketua penguji	Sudah revisi
		Daftar isi	vii	Pembenaran penulisan sesuaikan panduan	Sudah revisi
		BAB I	1	Pembenaran margine sesuaikan panduan, data perbaruhi jadi data terkini	Sudah revisi
			3	Pembenaran upaya lebih di rinci dari tahun ke tahun	Sudah revisi
			4	Pembenaran inisial pasien pada tujuan belum tertera	Sudah revisi
		BAB II	7	Pembenaran penulisan sesuaikan dengan panduan	Sudah revisi
			48	Pembenaran ukuran gambar lebih diperbesar sehingga tidak ada kolom yang kosong	Sudah revisi
			49	Pembenaran sumber referensi di gambar skrining Pre-Eklamasia	Sudah revisi
			51-60	Pembenaran pada penulisan tabel	Sudah revisi



**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum revisi	Sudah revisi
1.	03-06-2020		61	Pembenaran ukuran gambar sesuaikan dengan ukuran aslinya	Sudah revisi
			64	Pembenaran penulisan pada judul Sub Bab	Sudah revisi
			67	Pembenaran ukuran gambar sesuaikan dengan ukuran aslinya	Sudah revisi
			84	Pembenaran letak tabel sesuaikan margine	Sudah revisi
2.	10-06-2020	BAB II	35	Pembenaran teori bentuk persalinan apakah sudah sesuai dengan panduan	Sudah revisi
			44	Pembenaran letak lembar penampisan seharusnya diletakkan sebelumnya tabel indikasi	Sudah revisi
			48	Pembenaran gambar patograf tulisan tidak terlihat	Sudah revisi
			56-57	Pembenaran cara penulisan sesuaikan dengan panduan	Sudah revisi
		Daftar pustaka	108	Pembenaran Cara penulisan daftar Pustaka sesuaikan dengan panduan	Sudah revisi
3.	15-06-2020	BAB II	34	Pembenaran penulisan referensi di gambar skrining Pre-Eklamsia	Sudah revisi
			36	Pembenaran lembar penampisan sesuaikan dengan ukuran font dan sebaiknya di ketik sendiri	Sudah revisi
			48	Pembenaran ukuran gambar patograf sesuaikan dengan margine	Sudah revisi

Gresik, 16 Juni 2020
Ketua penguji


 Siti Hamidah, S.ST., M.Kes

Lampiran 23 Lembar Konsul Laporan Tugas Akhir



Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir

Nama : Nadifatul Latifah
NIM : 1711.009
Pembimbing : Munisah, SST MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	03 Mei 2020	Bab 3 ANC (Alamat Lengkap, Pemeriksaan fisik lebih terperinci, dosis pada obat)	
2.	05 Mei 2020	Bab 3 ANC penulisan "Gapioco" lebih konsisten ada kesalahan dalam penulisan kata	
3.	03 Mei 2020	Bab 3 ANC dan INC (penulisan pada Tfu, Kekuatan His Berapa? Efisiensi? Evis pada tabel. dihilangkan, berapa jumlah persentase)	
4.	14/05/2020	Bab 3 INC Implementasi sesuai dengan kebutuhan	
5.	26/05/2020	Bab 3 INC lebih teliti lagi dalam mengerjakan tanggal dan jam	
6.	26/05/2020	BAB 3 ANC dan INC Acc	
7.	27/06/20	Bab 3 BBL, Neo, Nifas dan KB Penulisan kata tidak perlu digabung lebih teliti pada A-s bayi, ditambah dengan "diungkus kaso kemper" lubang uretra tidak perlu tanda penghubung 7/c	
8.	07/ Juli /2020	Bab 3 gabungan Acc	



Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir

Nama : Nadifatul Latifah

NIM : 1711.009

Pembimbing : Munisah, SST. MPM

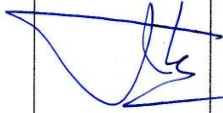
[illegible]

Lampiran 24 Berita Acara Perbaikan LTA

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : NADIFATUL LATIFAH
 NIM : 1711009
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "A" Masa Kehamilan sampai dengan
 Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Ni Made Warti Agung SST.,
 Kebomas Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	Pembenaran Tanggal pada Lembar pengesahan	
2.	Pembenaran kata pada surat pernyataan	
3.	Pembenaran kata pada persembahan	
4.	Pembenaran kata pada ringkasan	
5.	Pembenaran tahun pada teori standart kopetensi bidan	
6.	Pembenaran kata pada bab 4	
7.	Pembenaran pada kesimpulan sesuaikan dengan tujuan khusus	

Gresik, 20 Juli 2020
 Penguji II,



Munisah SST., MPH

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : NADIFATUL LATIFAH
 NIM : 1711009
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "A" Masa Kehamilan sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Ni Made Warti Agung SST., Kebomas Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	Dalam penulisan soap lebih disingkat lagi	
2.	KIE yang diberikan sesuaikan dengan kebutuhan ibu	
3.	Penulisan pembahasan ditambahkan dengan teori dan opini	
4.	Pembenaran pada lampiran	

Gresik, 20 Juli 2020
 Penguji I,



Rizka Esty Safriana SST., M.Kes

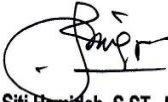
LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : NADIFATUL LATIFAH
 NIM : 1711009
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "A" Masa Kehamilan sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Ni Made Warti Agung SST., Kebomas Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	1. Pembetulan tanggal pada lembar pengesahan 2. Pembetulan kata pada surat pernyataan 3. Pembetulan pada ringkasan lebih dirinci dan urut 4. Pembetulan pada tahun standar kompetensi bidan 5. BAB III • Pembetulan kata keluhan utama dan Riwayat keluhan utama • Pembetulan kata pola kebutuhan sehari-hari • Pembetulan kata pada pemeriksaan fisik lebih singkat • Pembetulan pada usia kehamilan • Pembetulan tabel • Pembetulan kata pada riwayat keluhan utama • Pembetulan pada pengetahuan ditambah sibling • Pembetulan ada tabel ditambah ttd bidan dan mahasiswa • Pembetulan tambah mobilisasi 6. Perbaiki tabel, penulisan jam diluruskan dengan keterangan kegiatan	
2.	1. Pembetulan motto dan persembahan 2. Pembetulan tahun standart kompetensi bidan 3. BAB III • Pembetulan pada keluhan utama • Pembetulan pada pemeriksaan fisik • Pembetulan pada kebutuhan • Pembetulan pada tabel • Pembetulan pada pengetahuan mobilisasi	

Gresik, 20 Juli 2020
 Ketua Penguji,



Siti Hamidah, S.ST., M.Kes