

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 NISBANINGSIH, SST KARANGTURI GRESIK

Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Lahan Praktik



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor : 014/ II.3.UMG/PBdn/F/2021

Lamp. : -

Hal : *Permohonan Ijin Pengambilan Kasus*

Kepada Yth.
Ibu Nisbahningsih, SST.
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

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

| No | NIM | Nama |
|----|---------|-----------------------|
| 1 | 1812004 | Dwi Fitriyatul Arifah |
| 2 | 1812007 | Khaulah Mujahidah |
| 3 | 1812017 | Yuyun Agustin |
| 4 | 1812012 | Rizqy Aulia Savitri |

Bentuk LTA yang diwajibkan adalah melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) mulai dari kehamilan sampai dengan pelayanan keluarga berencana.

Agar penyusunan LTA lancar dan benar-benar memberikan pengalaman bagi mahasiswa, maka dengan ini kami mohon kepada Ibu untuk membimbing dan memfasilitasi mahasiswa kami dalam mencari klien yang akan digunakan untuk LTA.

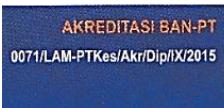
Frekuensi pemberian asuhan dilakukan sebanyak 12 kali dengan rincian sebagai berikut:

- a. Saat ibu hamil Trimester III 2 kali
- b. Saat Bersalin 1 kali
- c. Saat nifas 4 kali
- d. Neonatus 3 kali
- e. KB 1 kali

Mohon kerjasama dan bimbingannya agar mahasiswa memiliki kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan dunia kerja.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya kami mengucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



0071/LAM-PTKes/Akr/Dip/I/X/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

Lampiran 3 Surat Balasan Permohonan Izin Lahan Praktik



**PRAKTIK MANDIRI BIDAN
BIDAN NISBANINGSIH, S.ST
KARANG TURI GRESIK**



Gresik, 08 Maret 2021

Nomor :
 Sifat : Penting
 Lampiran :
 Perihal : Balasan Permohonan Lahan Praktek

Kepada
 Yth. Ka.Prodi D3 Kebidanan
 Fakultas Kesehatan
 Universitas Muhammadiyah Gresik
 Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara perihal permohonan Lahan Praktek untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik.

Maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini:

| | | |
|-----------|---|--|
| Nama | : | Dwi Fitriyatul Arifah |
| NIM | : | 1812.004 |
| Judul LTA | : | Asuhan Kebidanan Pada Ny "S" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih, S.ST. Karang Turi Gresik |

Telah betul-betul melakukan praktek diwilayah kerja kami di PMB Nisbaningsih, S.ST Karangturi Gresik.



Lampiran 4 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Fitriyatul Arifah

Nim : 1812.004

Adalah mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gresik. Sebagai pernyataan kelulusan di semester enam, saya ditugaskan untuk melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Hamil-Bersalin-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 dengan selesai masa nifas.** Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan, saya mengucapkan terima kasih.

Gresik, 18 Maret 2021
Mahasiswa


DWI FITRIYATUL ARIFAH
NIM. 1812.004

Lampiran 5 Persetujuan Sebagai Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Siti Lutfiyah
Umur : 23 Tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Usman Sadar GG 8 No 1A

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 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 , 20 Maret 2021

Responden



Siti Lutfiyah



Lampiran 6 Catatan kesehatan ibu hamil

| CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL | | | | | | | |
|---|--------------|--------------------|----------|---------|---------------------------|-----------|--------------------------|
| Diisi oleh Tenaga Kesehatan | | | | | | | |
| Nama Pemeriksa, Tempat Pelayanan, Paraf | Tgl | Keluhan | U.K (mg) | BB (kg) | TD (mmHg) | LILA (cm) | Tinggi Fundus (cm) |
| BPM Nisba | 24/20 /7 | Niulu, pusing | 6 mg | 53 | 40/80 | 25,5 | Belum Teraba |
| BPM Nisba. | 31/20 /8 | Kadang niulu | 11 mg | 48 kg | 90/60 | | Belum Teraba |
| BPM Nisba | 29/20 /9 | taa | 17 mg | 50 kg | 90/60 | | Pertengahan Rst-Simpinis |
| BKM NELAYAN | 20/ 10 | Gatal ² | | 51 | 80/60 | | |
| BPM Nisba | 24/20 /11 | Mencret 2x | 23 mg | 59 kg | 110/ 70 | | (+) 140/90 TBC |
| BPM Nisba - | 15/21 /1 | taa | ± 31 mg | 59 kg | I : 100/60 II : 100/60 | | 25 cm. |
| BPM Nisbaningin | 7/21 /2 | taa | ± 34 mg | 60 kg | I : 80/60 II : 90/60 | | 30 cm, Putih Letak Y |
| Komaliah - | 15/21 /3 | taa | ± 35 mg | 60,9 kg | M : 90/60 T : 90/60 | 25,5 | 27 cm, Letak L |
| BPM Nisba | 22/21 /2 | keputihan | ± 35 mg | 60 kg | I : 90/60 II : 100/60 | 28 cm | 30 cm Letak putih |
| Komaliah - | 15/21 /3 | taa | 39 mg | 63 kg | I : 100/60 II : 100/60 | | 32 cm Putih + DJJ |
| BPM Nisbaningin | 18/21 /3 | kenceng-kenceng | 40 mg | 66 kg | I : 110/80 II : 110/80 | | 32 cm Putih + DJJ |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diiisi oleh Tenaga Kesehatan

| Letak Janin, DJJ | Imuni sasi | Tablet Tambah Darah | Lab | Analisa | Tata Laksana | Konseling | |
|---------------------------------|------------|---------------------|-----|---|--|--|------------|
| | | | | G2P1-1 UK 6 mgg | P/- Cargida - Mirapic - Makro -B | - Nutrisi - Istirahat - pro -lab | |
| | | | | G2P1-1 UK 11 mgg | P/- gestiamin | - Nutrisi - Istirahat | |
| | | | | G2P1-1 UK 15 mgg | P/- Gestamin xx | KIE Buku KIA 5 S/d lo. | |
| | | | | EDTA = 75 Goldo = 0 Hb sang = (-) | | | |
| | | | | Hb: 11,5 Alb = (-) Rdt = (-) | G2P -A1 UK 23 mgg | P/- molagut - papaverin | - Potongan |
| Letakq U puks ①/ 15x/ment | | | | G2P1-1 UK ± 31 mgg | P/- siobion - Dita | Kontrol 1 Bulan lagi | |
| ④ 150 %/ menit | | | | G2 P1-1 UK ± 34 mgg | P/- Gestamin - Neurodex | ≤ 2 mgg lagi | |
| ⑤ 146 %/ menit | - | | | Hb = 11,6 Alb = (-) Rdt = (-) | G2 P1-1 UK ± 35 mgg | tra dilanjut 1 mgg. | |
| ⑥ 148 %/ment | | | 1 | G2 P1-1 UK ± 36 mgg | P/- Neurodex - Gestamin - | ≤ 1 mgg lagi | |
| 148 %/menit | | | | G2P1-1 UK ± 39 mgg | P/- Neurodex - siobion | P/ USG 3 hari lac | |
| 140 %/ menit | | | | G2P1-1 UK 40 mgg | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

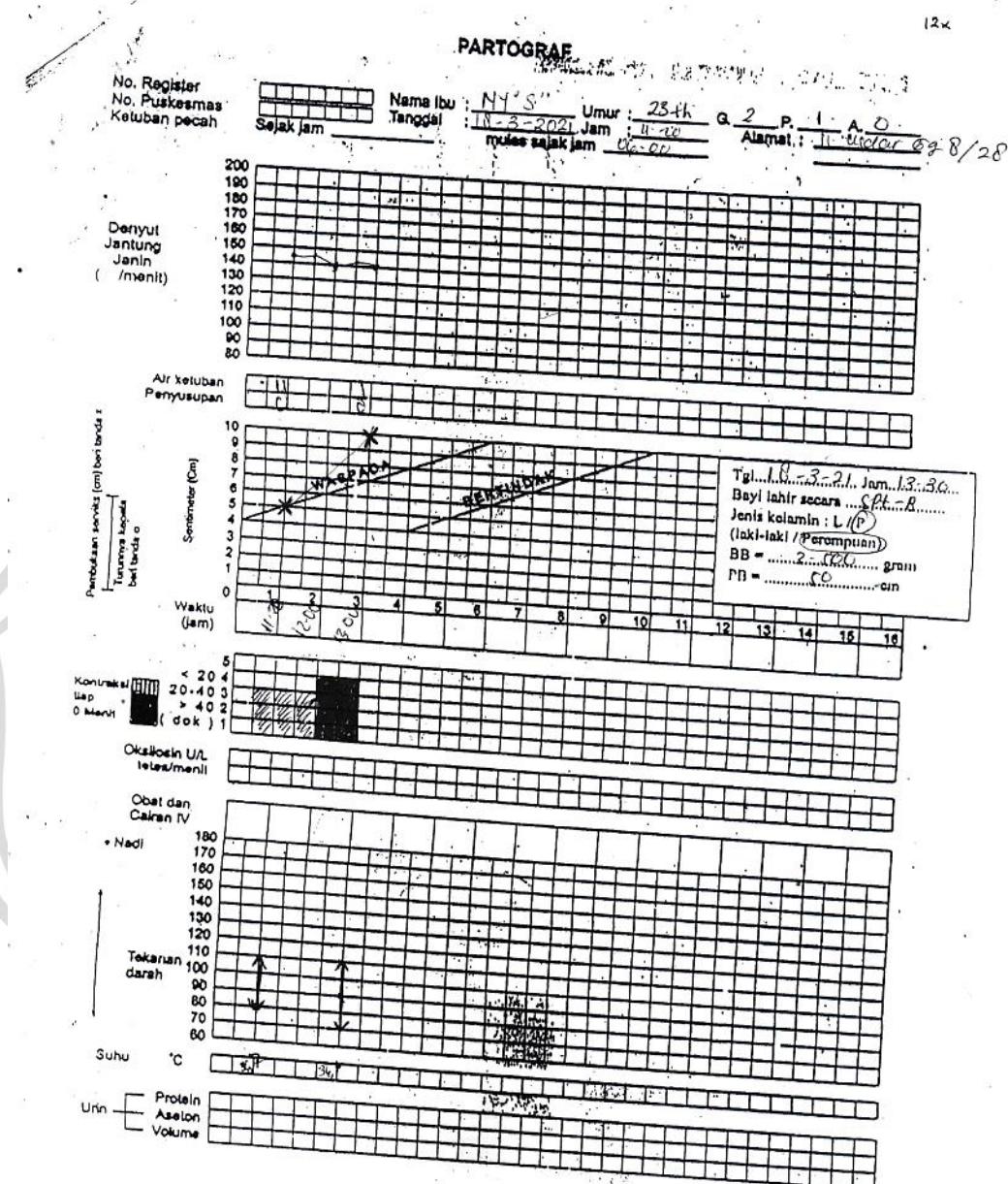
21

Lampiran 7 KSPR

| SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|---------------------------------|--|--------------|----------------|-------|-----|
| Nama : Ny S ⁵ Hamil ke 2. Haid terakhir tgl : 13-6-2020 Pendidikan ibu : SMU Pekerjaan ibu : IRT | | | | Umur ibu : 23 Th. Perkiraaan persalinan tgl: 20 bl 03 Suami : TIA 4W [*] Suami : | | | | |
| KEL-F.R. | NO. | III | | | IV | | | |
| | | Masalah/Faktor Risiko | | | SKOR | Tribulan | | |
| | | Skor Awal ibu Hamil | | | 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 | Terlalu cepat hamil lagi (<2 Th) | | | 4 | | | |
| | 4 | Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th) | | | 4 | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4/lebih | | | 4 | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur ≥ 35 Th | | | 4 | | | |
| | 7 | Terlalu pendek ≤ 145 cm | | | 4 | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | | | 4 | | | |
| | 9 | Pernah Melahirkan dengan | | | 4 | | | |
| | a. Tarikan tang/vakum | | | 4 | | | | |
| | b. Uri dirogooh | | | 4 | | | | |
| | c. Diberi infus/transfusi | | | 4 | | | | |
| 10 | Pernah Operasi Sesar | | | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada ibu hamil | | | 4 | | | |
| | | a. Kurang darah | b. Malaria | | | 4 | | |
| | | c. TBC Paru | d. Payah Jantung | | | 4 | | |
| | | e. Kencing manis (Diabetes) | | | 4 | | | |
| | | f. Penyakit Menular Seksual | | | 4 | | | |
| | | Bengkak pada muka/tangan dan tekanan darah tinggi | | | 4 | | | |
| | | 13 | Hamil kembarnya 2 atau lebih | | | 4 | | |
| | | 14 | hamil Kembarnya air (hidramion) | | | 4 | | |
| | | 15 | Bayi mati dalam kandungan | | | 4 | | |
| | | 16 | Kehamilan lebih bulan | | | 4 | | |
| III | 17 | Letak sungsang | | | 8 | | | |
| | 18 | Letak lintang | | | 8 | | | |
| | 19 | Pendarahan dalam kehamilan ini | | | 8 | | | |
| | 20 | Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang | | | 8 | | | |
| JUMLAH SKOR 2 | | | | | | | | |
| PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA | | | | | | | | |
| JML SKOR | KEL-RISIKO | KEHAMILAN | | PERSALINAN DENGAN RISIKO | | | | |
| | | PERAWATAN | RUJUKAN | TEMPAT | PENOLONG | RUJUKAN | | |
| 2 | KRR | BIDAN | TINDAK RUIJK | | | RUMAH POLINDES | BIDAN | RDB |
| | KRT | BIDAN DOKTER | BIDAN PKM | POLINDES PKM/R | BIDAN DOKTER | | | |
| > 12 | KRST | DOKTER | RUMAH SAKIT | RUMAH SAKIT | DOKTER | | | |

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

Lampiran 8 Partografi



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 18 - 3 - 2021
 2. Nama Ibu : Nishaningsih
 3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Poliklinik Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
 4. Alamat tempat persalinan : Jl. Usman Sodiq Cg XII/14
 5. Cabutan : rujuk, kela : 1/1/1/IV Erek-Erek
 6. Alesan merujuk :
 7. Tempat rujukan :
 8. Pendamping pada saat merujuk :
 Ibu Teman
 Suami Dokter
 Kakek/Urgu Tidak ada
- KALA I**
9. Partogram melewati garis waspeda : Y/1
 10. Masalah lain, sebutkan :
 11. Penatalaksanaan masalah Tab :
 12. Hasilnya :
- KALA II**
13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Kakek/Urgu Dokter
15. Gowes Janin :
 Ya; tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
16. Tidak
 Ditolak buku :
 Ya; tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
17. Tidak
 Masalah lain, sebutkan :
 18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 19. Hasilnya :
- KALA III**
20. Lama kala III : menit
 21. Pemberian Ototolin 10 U lm ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak-sesuai
 22. Pemberian ulang Ototolin (2x) ?
 Ya, sesuai
 Tidak
 23. Penengangan tel pusari terkendali ?
 Ya,
 Tidak, sesuai
- PENAKALAKAAN PERSALINAN KALA IV**
- | Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Tinggi fundus uterus | Kontrol kai-uterus | Kandung kemih | Perdarahan | |
|--------|-------|---------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------|------------|-------|
| 1 | 13.45 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 36/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| | 14.05 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 22/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| | 14.20 | 100/70 mmHg | 80/ ¹ min | 42/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| | 14.35 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 22/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| 2 | 15.05 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 36/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 10 cc |
| | 16.35 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 22/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 10 cc |
- Masaah kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Tinggi fundus uterus | Kontrol kai-uterus | Kandung kemih | Perdarahan | |
|--------|-------|---------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------|------------|-------|
| 1 | 13.45 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 36/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| | 14.05 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 22/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| | 14.20 | 100/70 mmHg | 80/ ¹ min | 42/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| | 14.35 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 22/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 15 cc |
| 2 | 15.05 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 36/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 10 cc |
| | 16.35 | 110/70 mmHg | 80/ ¹ min | 22/16% | 2. Tr/B/Pst. | bairle | - | 10 cc |

Lampiran 9 Pelayanan Nifas

| JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN | KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari) | KUNJUNGAN 2 (4-28 hari) | KUNJUNGAN 3 (29-42 hari) |
|---|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | Tgl: 18-3-201 | Tgl: 24-3-201 | Tgl: 29-3-201 |
| Kondisi ibu secara umum | Baik | Baik | Baik |
| Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi | 110/70, 36, 17, 20 | 120/80, 36, 17, 20 | 110/70, 36, 17, 20 |
| Perdarahan per vaginam | Normal | Normal | Normal |
| Kondisi perineum | Normal | Normal | Normal |
| Tanda infeksi | - | - | - |
| Kontraksi uteri | - | - | - |
| Tinggi Fundus Uteri | 2 jari b. Pst | 2 jari b. Pst | Antara tidi |
| Lokhia | Rubra | sanguinolenta | Serosa |
| Pemeriksaan jalan lahir | - | - | - |
| Pemeriksaan payudara | - | - | - |
| Produksi ASI | + / + | + / + | + / + |
| Pemberian Kapsul Vit.A | Ya | | |
| 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 |
| 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 |
| Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin | Ya | Ya | Ya |
| Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat | 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 |
| Perawatan bayi yang benar | Ya | Ya | Ya |
| Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress. | Ya | Ya | Ya |
| Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga | Ya | Ya | Ya |
| Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan | - | - | Ya |

| Kunjungan Nifas/ Tanggal | Catatan Dokter/Bidan |
|--|--|
| Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tanggal : 18 - 3 - 2021 | P2 - 2 dg Post Partum Fisiologis KIE : - IMD - Mobiisasi - Nutrisi |
| Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tanggal : 24 - 3 - 2021 | P2 - 2 dengan post partum Fisiologis KIE : - Mobiisasi - Menyusui - Nutrisi |
| Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tanggal : 28 - 4 - 2021 | P2 - 2 dengan post partum Fisiologis KIE : - ASI Eksklusif tetap berlanjut - Nutrisi dan Istirahat - Konseling KB |

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 10 Kunjungan Bayi Baru Lahir

| CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR | | | |
|--|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR (Diisi oleh Dokter/Bidan/Perawat) | | | |
| JENIS PEMERIKSAAN | Kunjungan I (6-48 jam) | Kunjungan II (hari 3-7) | Kunjungan III (hari 8-28) |
| | | Tgl: 18 - 3 - 2021 | Tgl: 24 - 3 - 2021 |
| Berat badan (gram) | 3.500 gram | 3.800 gram | 4.000 gram |
| Panjang badan (cm) | 50 cm | 52 cm | 55 cm |
| Suhu (°C) | 37 °C | 36,9 °C | 36,7 °C |
| Frekuensi nafas (x/menit) | 43 +/menit | 46 +/menit | 49 +/menit |
| Frekuensi denyut jantung (x/menit) | 132 +/menit | 128 +/menit | 131 +/menit |
| Keluhan | - | - | - |
| 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 | Ya | - | - |
| Memeriksa status imunisasi Hepatitis B, BCG, Polio 1 | Hb: Ya | - | BCG = Ya Polio 1 = Ya |
| Menilai masalah atau keluhan lain | - | - | - |
| Klasifikasi | - | - | - |
| Tindakan (terapi/ rujukan/ umpan balik) | - | - | - |

| Bagi daerah yang sudah melakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) | | | |
|---|---|---|---|
| • SHK Ya/ Tidak | - | - | - |
| • Hasil tes SHK (-) / (+) | - | - | - |
| • Konfirmasi hasil SHK | - | - | - |
| Nama Pemeriksa | k | k | k |

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

Lampiran 11 Kartu KB

| | | | |
|-------------------------|----------------|--|--|
| No. Kode KKB | : | | Ny. Sri Lutfiyah..... |
| Nama Peserta | : | | |
| Tanggal Lahir | : | | 23 thn..... |
| Nama Suami | : | | Tn. Warsano |
| Alamat | : | | Jl. Usdor 66B NO.1A..... Telp |
| Tgl mulai KB | : | | 7-6-2021..... |
| Dokter/Bidan, | T.T. Akseptor, | | |
| | | | |
| (NISBAH MUSIT, SST,...) | (.....) | | |

Waktu kembali Konsultasi dan Menyediakan
TRINORDIOL-28® LIMAS

| Tgl/Bln | Berat Badan | Keluhan/Catatan* |
|---------|-------------|------------------|
| 7/6/21 | 65 kg | 01 - 09 - 2021 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*) Diisi oleh Dokter/Bidan

Lampiran 12 Kartu Status Peserta KB

| K/IV/KB/13 | | |
|--|--|--|
| I. Nomor Kode Faskes KB Provinsi <input type="checkbox"/> Kab/Kota <input type="checkbox"/> FASKES <input type="checkbox"/> | II. Nomor Seri Kartu : Nomor urut <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> | |
| KARTU STATUS PESERTA KB | | |
| III. Nama Peserta KB : V. Nama Suami/Istri : VII. Alamat Peserta KB : IX. Tahapan KS : X. Status Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) : <input type="checkbox"/> | IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri 1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SLTP 4. Tamat SLTA 5. Tamat PT VI. Pendidikan Suami dan Istri 1. Pegawai Pemerintah 4. Nelayan 2. Pegawai Swasta 5. Tidak bekerja 3. Petani 6. Lain-lain Suami <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> | |
| XI. Jumlah anak hidup Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> | XII. Umur anak terkecil Tahun <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> | |
| XIII. Status Peserta KB 1. Baru Pertama kali 2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah bersalin/keguguran | XIV. Cara KB terakhir 1. IUD 2. MOW 3. MOP 7. Pil 4. Kondom 5. Implan 6. Suntikan | |
| XV. Penapisan (Skriming) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB. Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skriming) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi. | | |
| <p>Anamnesa</p> <p>1. Haid terakhir tanggal : <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Tahun 2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya <input type="checkbox"/> 2) Tidak <input type="checkbox"/></p> <p>3. Jumlah GPA : Gravida (Kehamilan) <input type="checkbox"/> Partus (Persalinan) <input type="checkbox"/> Abortus (Keguguran) <input type="checkbox"/></p> <p>4. Menyusui : 1) Ya <input type="checkbox"/> 2) Tidak <input type="checkbox"/></p> <p>5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> a. Sakit kuning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Perdarahan pervaginum yang tidak diketahui sebabnya <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Keputihan yang lama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Tumor - Payudara <input type="checkbox"/> - Rahim <input type="checkbox"/> - Indung telur <input type="checkbox"/></p> <p>- Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD dan MOW). - Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.</p> | | |
| <p>6. Keadaan Umum : 1) Baik <input type="checkbox"/> 2) Sedang <input type="checkbox"/> 3) Kurang <input type="checkbox"/> 7. Berat Badan : <input type="checkbox"/> Kg</p> <p>8. Tekanan Darah : 9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam : a. Tanda-tanda radang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Posisi Rahim : 1. Retrofleksi <input type="checkbox"/> 2. Antefleksi <input type="checkbox"/> Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD atau tindakan MOW dapat dilakukan. Bila salah satu jawabannya YA, rujuk ke dokter.</p> | | |
| <p>11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW) a. Tanda-tanda diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Kelailan pembekuan darah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Radang orchitis/epididymitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilakukan Vasektomi. Bila salah satu jawabannya YA, maka rujuklah ke FASKES/RS yang lengkap.</p> <p>12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan: <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> MOW <input type="checkbox"/> MOP <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implan <input type="checkbox"/> Suntikan <input type="checkbox"/> Pil <input type="checkbox"/></p> <p>*)</p> | | |
| <p>XIV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih : 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom <input type="checkbox"/> 5. Implan 6. Suntikan 7. Pil <input type="checkbox"/></p> <p>XVII. Tanggal dilayani ***) <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Tahun</p> <p>XVIII. Tanggal dipesan kembali <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Tahun</p> <p>XIX. KETERANGAN : *) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan. **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar</p> <p>XIX. Tanggal dicabut (khusus Implan/IUD) <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Tahun</p> <p>XX. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan (.....) NIP:</p> | | |

Lampiran 13 Kartu Kunjungan Ulang KB

| KUNJUNGAN ULANG | | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Tanggal Datang (1) | Haid Terakhir Tanggal (2) | Berat Badan (3) | Tekanan Darah (4) | AKIBAT PENGGUNAAN KONTRASEPSI | | PEMERIKSAAN DAN TINDAKAN (7) | Tanggal Dipesan Kembali (8) |
| | | | | Komplikasi Berat (5) | Kegagalan (6) | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Komplikasi yang perlu dicatat : Eksplusi/migrasi kapsul, pembengkakan, infeksi/abses, hematoma, pendarahan yang perlu perawatan, translokasi, perforasi, melukai organ lain, granuloma sperma. | | | | | | | |
| Kegagalan : Terjadinya kehamilan pada PUS yang sedang memakai alat kontrasepsi. | | | | | | | |
| Pimpinan Faskes KB (.....) NIP. | | | | | | | |

Lembar 14 Kartu Ibu

| KARTU IBU | | | | | | | | | | | | Resiko Kendah/Resiko Tinggi Resiko Sangat Tinggi | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|---|-------|-------------|--------|-----------|------|-------|-------|--|--|----------------------|--|---|---------|------------|--|--|--|--|--|--|
| PUSKESMAS PUSKESMAS PEMBANTU POSYANDU : DESA | | | | | | | | | | | | | | | | NO. INDEKS : TGL. PENDAFTARAN PERTAMA : PEMERIKSA PERTAMA : | | | | | | | | |
| IDENTITAS IBU | | | | RIWAYAT KONTRASEPSI TERAKHIR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nama : <input type="text"/> Pekerjaan : <input type="text"/> Umur : <input type="text"/> Pendidikan : <input type="text"/> Alamat : <input type="text"/> Nama Suami : <input type="text"/> | | | | <input type="checkbox"/> Tidak menggunakan <input type="checkbox"/> Lain-lain <input type="checkbox"/> Susu k <input type="checkbox"/> Sunatan <input type="checkbox"/> Pil <input type="checkbox"/> IUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KUNJUNGAN PERTAMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIWAYAT KEHAMILAN TERDAHULU | HAMIL YANG KE | BERAT LAHIR (gram) | DOKTER | BIDAN MELAHIR MELAHIR | DUKUN | DUKUN TETEH | NORMAL | SUNGSSANG | ALAT | SEKAN | SEHAT | SAKIT/CACAT | MALI | PEND. ANTA PARTUM | PEND. POST PARTUM | HIPERTENSI | INFELSI | PARTU LAMA | PARTU PREM | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG | HAID | had terakhir diperoleh tanggal siklus had hari | | | | | | | | | | | | KELEHAN UTAMA PASIEN | | | | | | | | | | |
| | PERIKIRAAN PARTUS | Tanggal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NAFU MAKAN | <input type="checkbox"/> Baik | <input type="checkbox"/> Kurang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MUNTAH-MUNTAH | <input type="checkbox"/> Biasa | <input type="checkbox"/> gejala hamil mulas | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> terus menerus | | | | | | | | |
| | PUSING-PUSING | <input type="checkbox"/> Biasa | <input type="checkbox"/> gejala hamil mudah | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> terus menerus | | | | | | | | |
| | NYERI PERUT | <input type="checkbox"/> Ada | <input type="checkbox"/> Tidak ada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OEDEMA | <input type="checkbox"/> Tidak ada | <input type="checkbox"/> Unum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENYAKIT YANG DIDERITA : | <input type="checkbox"/> paru | <input type="checkbox"/> jantung | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> penyakit hati | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> malaria | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> pikkosis | | | | | | | | | |
| RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA : | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> diabetes | | | | | | <input type="checkbox"/> penyakit ginjal | | | | | |
| KEBIASAAN YANG MEMPENGARUHI KEHAMILAN : | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> hipertensi | | | | | | <input type="checkbox"/> epilepsi | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> okasis | | | | | | <input type="checkbox"/> jantung | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> merokok | | | | | | <input type="checkbox"/> gemelli | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> minum obat penenang | | | | | | <input type="checkbox"/> minum-minuman keras | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> narkotik | | | | | |
| PEMERIKSAAN | UMUM | | | | | | | | | | | | FISIK | | | | | | | | | | | |
| | PUCAT | <input type="checkbox"/> tidak | <input type="checkbox"/> ya | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | KESADARAN | <input type="checkbox"/> baik | <input type="checkbox"/> ada gangguan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BENTUK TUBUH | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> kelainan panggul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> kelainan tulang belakang | <input type="checkbox"/> kelainan tungku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SUHU BADAN | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> denam | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | KUNING | <input type="checkbox"/> tidak | <input type="checkbox"/> ya | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LILA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TINGGI BADAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BERAT BADAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEKANAN DARAH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NADI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERNAFASAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KEBIDANAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TINGGI FUNDUS UTERI : | | | | | | | | | | | | LABORATORIUM ATAS INDIKASI | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> sesuai kurva <input type="checkbox"/> tidak sesuai kurva | | | | | | | | | | | | Hb : Sgr. % Y% URINE : Albumin Reduksi FAECES : DARAH TEPI : | | | | | | | | | | | | |
| BENTUK UTERUS : <input type="checkbox"/> normal LETAK JANIN : <input type="checkbox"/> kepala <input type="checkbox"/> Intang GERAK JANIN : <input type="checkbox"/> aktif <input type="checkbox"/> jarang DETAK JANTUNG JANIN : / menit. INSPEKULO : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vaginilis/cavicillis PERDARAHAAN : YA / TIDAK PEMERIKSAAN DALAM ATAS INDIKASI : <input type="checkbox"/> panggul normal <input type="checkbox"/> panggul sempit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| STATUS IMUNISASI TT : <input type="checkbox"/> tidak pernah <input type="checkbox"/> pernah YANG DIBERIKAN SEKARANG : <input type="checkbox"/> TT1 <input type="checkbox"/> TT2 <input type="checkbox"/> TT3 <input type="checkbox"/> TT4 <input type="checkbox"/> TT5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEMERIKSAAN OBAT : <input type="checkbox"/> Fe <input type="checkbox"/> obat cacing <input type="checkbox"/> obat malaria <input type="checkbox"/> anti emisis <input type="checkbox"/> anti pusing <input type="checkbox"/> anti hipertensi <input type="checkbox"/> Cap. iod | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENYULUHAN : <input type="checkbox"/> Gizi <input type="checkbox"/> kebersihan <input type="checkbox"/> oleh regi <input type="checkbox"/> parawalan payudara dan ASI <input type="checkbox"/> tanda-tanda kehamilan resiko tinggi <input type="checkbox"/> KB setelah melahirkan | | | | | | | | | | | | pekerjaan dan perlaku sehari-hari peningknya & pemeriksaan kehamilan dan imunisasi berikutnya persalinan oleh tenaga kerahit | | | | | | | | | | | | |

Lampiran 15 Kartu Kunjungan Ulang Ibu

| KUNJUNGAN ULANG | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|---|-----------------------------|------------|----------------------|---------------------|---------------|--------|----------|---------|----------|-------------|-------------|---------------------|
| PEMERIKSAAN | KELUHAN UTAMA | | | | | | | | | | | | | |
| | UMUM | | | | | | KEBIDANAN | | | | | | | |
| Tgl. Periksa | Berat Badan | Tekanan Darah | Nadi | Pena fasik | Latensi tonik Hg 1-2 | Tinggi fundus Uteri | Bentuk Uteri: | Normal | Kelainan | Kepala | Kelainan | Letak Janin | Gerak Janin | Datak jantung janin |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| ATAS INDIKASI | | | | | | | | | | | | | | |
| KEBIDANAN DALAM | | | | | | | LABORATORIUM | | | | | | | |
| Pelvimetri Klinik : | | | | | | | Tgl. Periksa | Hb. | | Urine | | | | |
| | | | | | | | | Sgr % | T % | Albumin | Reduksi | | | |
| Periksa Dalam : | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| PEMBESRIAN IMUNISASI TT | | TT ke <input type="checkbox"/> | RENCANA TEMPAT PERSALINAN : | | | | | | | | | | | |
| PEMBERIAN OBAT | | Jenis obat | Pemeriksaan ke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | Fe | | | | | | | | | | | | |
| | | Obat cacing | | | | | | | | | | | | |
| | | Obat pusing | | | | | | | | | | | | |
| | | Obat malaria | | | | | | | | | | | | |
| | | Anti emesis | | | | | | | | | | | | |
| | | Anti pusing | | | | | | | | | | | | |
| | | Anti hipertensi | | | | | | | | | | | | |
| | | Tukulisa | | | | | | | | | | | | |
| PENYULUHAN | | Materi | Pemeriksaan ke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | Gizi | | | | | | | | | | | | |
| | | Kebersihan | | | | | | | | | | | | |
| | | Olah Raga | | | | | | | | | | | | |
| | | Pekerjaan dan prilaku sehari-hari | | | | | | | | | | | | |
| | | Perawatan payudara dan ASI | | | | | | | | | | | | |
| | | Pentingnya pemeriksaan kehamilan | | | | | | | | | | | | |
| | | Tanda-tanda kehamilan resiko tinggi | | | | | | | | | | | | |
| | | Persuliman oleh tenaga terlatih | | | | | | | | | | | | |
| | | KB setelah melahirkan | | | | | | | | | | | | |
| RUJUK | | Dirujuk Tanggal : Dirujuk ke : Tindakan sementara : | | | | | | | | | | | | |

Lampiran 16 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK
Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Dwi Fitriyatul Arifah
NIM : 1812004
Nama Pembimbing : Rizka Esty Safriana.M.kes

| No | Tanggal | Pokok Bahasan | TTD Pembimbing |
|----|--------------------------|--|-------------------|
| 1 | Senin, 29 - 03 - 2021 | <ul style="list-style-type: none"> - Cover halaman selanjutnya di Penggal seperti cover yang pertama. - Judul ditambah tuusan - Proposal Laporan Tugas Akhir - Poin motto tetap menggunakan Time New Roman. - Tuusan kata (gresik, 2021) - di Jodikan satu dengan kata pengantar. - Daftar isi bisa menggunakan Ctrl + Enter. | J.F. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Bahasa Inggris tulis cetak miring. - Cet langsung untuk spesinya - Numberingnya buat seperti di butu Panduan. - Sumber toleng dicantumkan. - memperbaiki jarak Pengelirisan | |
| 2. | Rabu, 31 - 03 - 2021 | <ul style="list-style-type: none"> - Tabel dibuat garis rancan kiri semua bar lebih proporsional. - Sumber Icalau terpisah bisa direferencian dicatas bercamaan dengan nama tabel menurut Prawirohardjo (2016). - Jarak terlalu jauh. | J.F. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Di celo lagi untuk gambar PAK biar tidak terpisah | |



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

Jl. Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Dwi Fitriyatul Arifah

NIM : 1812.004

Nama Pembimbing : Rizka Esty Safriana, S.ST., M.Kes

| No | Tanggal | Pokok Bahasan | TTD Pembimbing |
|----|---------------|---|-------------------|
| 3. | 6 April 2021 | - Tulisan Lambang Oksigen - Spasi untuk tabel diganti Single. | JF. |
| 4 | 15 April 2021 | - Kurang yang di masa New Normal Untuk Neonatus dan KB | JF. |
| 5 | 17 April 2021 | - Latar belakang ditambahi informasi tentang kondisi Pandemi sekarang dan efeknya pada pelayanan ibu dan bauta. | JF. |
| 6 | 10 Mei 2021 | - Revisi data Bpm Ibu - Misbaningsih, SST - Pembetulan tulisan - Pembetulan susunan kalimat | JF. |
| 7. | 27 Mei 2021 | Acc Proposal Maju Proposal | JF. |

Lampiran 17 Konsul Bimbingan LTA



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

Jl. Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Dwi Fitriyatul Arifah
NIM : 1812.004
Nama Pembimbing : Rizka Esty Safriana, S.ST., M.Kes
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamila Sampai Dengan Masa Nifas di PMB Nisbaningsih S.ST

| No | Tanggal | BAB | Pokok Bahasan | TTD Pembimbing |
|----|--------------|-------|---|-------------------|
| 1 | 10 Juli 2021 | BAB 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Spasi terlalu minggir ke kanan - Koreksi penulisan - Melampirkan KSPR - Riwayat ibu ada laserasi atau tidak? | |
| 2 | 11 Juli 2021 | BAB 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Diseragamkan dari awal pengkajian hingga akhir - Pelaksanaan IMD berhasil atau tidak? - Beri keterangan ASI keluar atau tidak | |
| 3 | 15 Juli 2021 | BAB 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Koreksi penulisan - Penulisan ASI ibu diberi keterangan sudah keluar apa belum | |
| 4 | 15 Juli 2021 | BAB 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Sajikan berurutan mulai data, teori, opini - Koreksi penulisan yang typo | |
| 5 | 15 Juli 2021 | | ACC LTA | |

Lampiran 18 Berita Acara Proposal LTA



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

Jl. Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL

| | | |
|--------------------|---|---|
| Nama | : | Dwi Fitriyatul Arifah |
| NIM | : | 1812.00 |
| Nama Ketua Penguji | : | Suprapti, SST.,M.kes |
| Judul Proposala | : | Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih S.ST Gresik. |
| Tanggal | : | 05 Juni 2021 |

| No | Tanggal | BAB | Hal | Sebelum Revisi | Sudah Revisi |
|----|--------------|-------------------------------|------|---|--------------|
| 1 | 23-Juni-2021 | Cover | i | Ditambahi Gresik | Sudah Revisi |
| 2 | 23-Juni-2021 | Surat Pernyataan | iv | Ditambahi Proposal Laporan Tugas Akhir | Sudah Revisi |
| 3 | 23-Juni-2021 | Daftar isi | viii | Menggunakan satu spasi | Sudah Revisi |
| 4 | 23-Juni-2021 | BAB I PENDAHULUAN | 1 | 1. Kata-kata yang typo dibenarkan 2. Spasi dibenarkan 3. Data AKB ditambahkan 4. Data mulai dari profil Indonesia sampai data PMB disesuaikan 5. Ditambahi tujuan khusus continuity of care | Sudah Revisi |
| 5 | 23-Juni-2021 | BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 | 1. Kata-kata yang typo dibenarkan 2. Ditambahi form penapisan KB | Sudah Revisi |

Gresik, 23Juni 2021

Ketua Penguji

Suprapti, S.ST., M.Kes



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

Jl. Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL

Nama : Dwi Fitriyatul Arifah
 NIM : 1812.004
 Nama Ketua Penguji : Luluk Yuliati, S.SiT.,MPH
 Judul Proposaaal- : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih S.ST Gresik.
 Tanggal : 05 Juni 2021

| No | Tanggal | BAB | Hal | Sebelum Revisi | Sudah Revisi |
|----|--------------|------------------------|-----|--|--------------|
| 1 | 17-Juni-2021 | Lembar Pengesahan | iii | Lembar pengesahan ditulis sesuai tgl ujian | Sudah Revisi |
| 2 | 17-Juni-2021 | Surat Pernyataan | iv | Ditambahi Proposal Laporan Tugas Akhir | Sudah Revisi |
| 3 | 17-Juni-2021 | Kata Pengantar | vii | 1. Kata pengantar ditambahi Proposal laporan Tugas Akhir 2. Program Stuudi DIII Kebidanan Fak. Kes 3. Nama Penguji I dan Selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan dijadikan satu | Sudah Revisi |
| 4 | 17-Juni-2021 | BAB I PENDAHULUAN | I | 1. Mencantumkan sumbernya 2. Spasinya dibenarkan 3. Data KI akese dan murni ditambahi 4. Kata-kata yang typo benarkan 5. Waktu disesuaikan dengan jadwal kegiatan | Sudah Revisi |
| 5 | 17-Juni-2021 | BAB II TINJAUN PUSTAKA | 7 | 1. Kata-kata yang typo dibenarkan 2. Aa singkatan dari apa? 3. Spasinya dibenarkan 4. Lembar penapisan persalinan diganti yang baru 5. Ditambahi materi resusitasi dan alur dalam resusitasi | Sudah Revisi |

Gresik, 17 Juni 2021

Penguji I

Luluk Yuliati, S.SiT, MPH

Lampiran 19 Berita Acara LTA



**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**
Jl. Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Dwi Fitriyatul Arifah
 NIM : 1812.004
 Nama Ketua Pengaji : Luluk Yuliati, S.SiT.,MPH
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih S.ST Gresik.
 Tanggal : 02 Agustus 2021

| No | Tanggal | BAB | Hal | Sebelum Revisi | Sudah Revisi |
|----|--------------|------------------------|------|--|--------------|
| 1 | 25-Juli-2021 | Ringkasan | viii | 1. Dipersingkat 400 kata 2. Diperjelas 3. Typo-typo dibenarkan | Sudah Revisi |
| 2 | 25-Juli-2021 | Kata Pengantar | | Tanggal disetujui untuk maju ujian | Sudah Revisi |
| 2 | 25-Juli-2021 | Bab III Tinjauan kasus | 106 | Materi resusitasi, neo Imunisasi BCG, VIT K | Sudah Revisi |
| 3 | 25-Juli-2021 | Lampiran | | Kartru ibu dan KB dilengkapi | Sudah Revisi |

Gresik, 03 Agustus 2021

Pengaji I

Luluk Yuliati, S.SiT.,MPH



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Proklamasi No.54 Gresik Telp. (031)398429/Fax.(031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

| | | |
|--------------------|---|---|
| Nama | : | Dwi Fitriyatul Arifah |
| NIM | : | 1812.004 |
| Nama Ketua Penguji | : | Suprapti, SST.,M.kes |
| Judul Proposial | : | Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih S.ST Gresik. |
| Tanggal | : | 02 Agustus 2021 |

| No | Tanggal | BAB | Hal | Sebelum Revisi | Sudah Revisi |
|----|--------------|------------------------|------|--|--------------|
| 1 | 25-Juli-2021 | Ringkasan | viii | 1. Dipersingkat 2. Diperjelas 3. Typo-typo dibenarkan | Sudah Revisi |
| 2 | 25-Juli-2021 | Bab III Tinjauan kasus | 106 | 1. Ditambahi nomer registrasi 2. Dirapikan lagi 3. Ditambahi kata-kata | Sudah Revisi |

Gresik, 03 Agustus 2021

Ketua Penguji

Suprapti, S.ST., M.Kes