

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal kegiatan

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

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.	Pelaksanaan Asuhan																						
2.	Penyusunan Proposal																						
3.	Bimbingan																						
4.	Ujian Proposal																						
5.	Penyusunan LTA																						
6.	Persiapan Ujian LTA																						
7.	Ujian LTA																						

Lampiran 2 Surat Permohonan Izin



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.

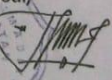
Frekuensi pemberian asuhan dilakukan sebanyak 12 kali dengan rincian sebagai berikut:

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.

Gresik, 04 Maret 2021
 KaProdi,

Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH.
NIP. 11511907265



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



Scanned by TapScanner

Lampiran 3 Surat Balasan



**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 denan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini:
Nama : Rizqy Aulia Savitri
NIM : 1812.012
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.

Praktek Mandiri Bidan
Nisbaningsih, S.ST



Scanned by TapScanner

Lampiran 4 Surat Permohonan Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rizqy Aulia Savitri

Nim : 1812.012

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, 06 Maret 2021
Mahasiswa



RIZQY AULIA SAVITRI
NIM. 1812.012

Lampiran 5 Surat Persetujuan

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Siti Khoirin Nisa'
Umur : 30 Tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Gubernur Suryo GG 5E/23A

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 , 13 Maret 2021

Responden



Siti Khoirin Nisa'

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner



Lampiran 7 KSPR

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

Nama : Ny. Sri Rahayu Umur Ibu : 20 Th.
 Hamil ke 3 Haid terakhir tgl : 3-6-20 Perkiraan persalinan tgl : 10-3-2021
 Pendidikan ibu : SMA Suami : M. Ahmad
 Pekerjaan ibu : RT Suami :

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, 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 dirogo	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				
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	hamil Kembar air (hidramion)	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	20				

**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

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Kelurahan pecah

Nama Ibu : R. H. Khotimayra
Tanggal : 06-03-2021 Jam : 08.15 mules sejak jam : 07.30
G. 3 P. 2 A. 0 Alamat : RW 1990 SE/28A

Sejak jam

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air Keluaran Penyusutan

Pembukaan serviks (cm) bersilang x
Tunangan kapuk
bersilang o

Sentimeter (cm)

Waktu (jam)

Kontraksi Uterus ($\square$)
 $< 20 \text{ s}$
 $20 - 40 \text{ s}$
 $> 40 \text{ s}$
0 menit ($\square$ dok) 1

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin Protein Aseton Volume

Tgl. 6-3-2021 Jam. 08.50
Bayi lahir secara ... SPontan-B
Jenis kelamin (L/P)
(laki-laki / Perempuan)
BB = 3.500 gram
PB = 50 cm

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 6-3-2021
 - Nama bidan: Elisabetha S.
 - Tempat Persalinan:
 - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
 - ☒ Poliklinik ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya:
 - Alamat tempat persalinan: Usman Idris
 - Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
 - Alasan merujuk:
 - Tempat rujukan:
 - Pendamping pada saat merujuk:
 - ☐ Bidan ☐ Teman
 - ☐ Suami ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga ☐ Tidak ada
- KALA I**
- Partogram melewati garis waspada: Y / T
 - Masalah lain, sebutkan:
 - Penatalaksanaan masalah Tab:
 - Hasilnya:
- KALA II**
- Episiotomi:
 - ☐ Ya, Indikasi
 - ☒ Tidak
 - Pendamping pada saat persalinan:
 - ☒ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
 - ☐ Keluarga ☐ Dukun
 - Gawat Janin:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - ☐ Tidak
 - Distosia bahu:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - ☒ Tidak
 - Masalah lain, sebutkan:
 - Penatalaksanaan masalah tersebut:
 - Hasilnya:
- KALA III**
- Lama kala III: 10 menit
 - Pemberian Oksitosin 10 U lm?
 - ☒ Ya, waktu: menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan:
 - Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - ☒ Ya, alasan:
 - ☐ Tidak
 - Pengenggan tali pusat terkendali?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	08.07	110/90	80	25 cm	keras	Kosong	+ 15 cc
	08.22	110/90	84	23 cm	keras	Kosong	+ 10 cc
	08.37	110/90	86	23 cm	keras	Kosong	+ 10 cc
	08.52	110/80	80	23 cm	keras	Kosong	+ 5 cc
2	09.22	110/70	80	23 cm	keras	Kosong	+ 5 cc
	09.52	110/80	84	23 cm	keras	Kosong	+ 5 cc

Masalah kala IV:

Penatalaksanaan masalah tersebut:

Hasilnya:

- Masa fundus uteri?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:
 - Plasenta lahir lengkap (Intact) Ya / Tidak
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:
 - Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya / Tidak
 - ☐ Ya, tindakan:
 - ☒ Tidak
 - Laserasi:
 - ☒ Ya, dimana:
 - ☐ Tidak
 - Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 - ☐ Perawatan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan:
 - Atoni uteri:
 - ☐ Ya, tindakan:
 - ☒ Tidak
 - Jumlah perdarahan: 1500 ml
 - Masalah lain, sebutkan:
 - Penatalaksanaan masalah tersebut:
 - Hasilnya:
- BAYI BARU LAHIR**
- Berat badan: 3200 gram
 - Panjang: 50 cm
 - Jenis kelamin: L/P
 - Penilaian bayi baru lahir: baik ada penyulit
 - Bayi lahir:
 - ☒ Normal, tindakan:
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ menghangatkan
 - ☐ rangsang laktil
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 - ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ rangsang laktil ☐ menghangatkan
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ lain-lain sebutkan:
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan:
 - ☐ Hipotermi, tindakan:
 - ☐
 - ☐
 - ☐
 - Pemberian ASI
 - ☒ Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan:
 - Masalah lain, sebutkan:
 - Hasilnya:

Lampiran 9 Pelayanan Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari) Tgl: 8-3-21	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari) Tgl: 12-3-21	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari) Tgl: 6-4-21
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	110/70, 36.5, 20, 80	120/70, 36.5, 20, 80	110/70, 36.5, 20, 80
Perdarahan pervaginam	H	H	-
Kondisi perineum	Asingih	Jangan mengering	Jangan mengering
Tanda infeksi	-	-	-
Kontraksi uteri	Baik	Baik	-
Tinggi Fundus Uteri	2 Jb P	2 Jb P	-
Lokhia	Kutub	Sangat banyak	alaba
Pemeriksaan jalan lahir	N	H	H
Pemeriksaan payudara	N	H	H
Produksi ASI	+/+	+/+	+/+
Pemberian Kapsul Vit.A	Ya	-	-
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-	-	-
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-
Buang Air Besar (BAB)	Ya	Ya	Ya
Buang Air Kecil (BAK)	Ya	Ya	Ya
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	-	Ya	Ya
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	-	-	-

CATAHAN KESEHATAN IBU NIFAS

Kunjungan Nifas/ Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl: 6-3-2021	P3-3 dg PNC fisiologis hr ke 5 HE : - Mobilisasi - IMD. - Nutrisi
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl: 12-3-2021	P3-3 dgn PNC fisiologis hr ke. 6 HE : - mobilisasi - menutrisi - Nutrisi
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl: 6-4-2021	P3-3 dgn PNC fisiologis hr ke 30 HE : - ASI eksklusif tetap berlanjut - Nutrisi dan istirahat - Konsumsi ICB.

Kesimpulan Akhir Nifas

Kedudukan Ibu**:

- ☒ Sehat
☐ Sakit
☐ Meninggal

Komplikasi Nifas**:

- ☐ Perdarahan
☐ Infeksi
☐ Hipertensi
☐ Lain-lain: Depresi post partum

Kedudukan Bayi**:

- ☒ Sehat
☐ Sakit
☐ Kelainan Bawaan
☐ Meninggal

**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 10 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: 6-3-2021	Tgl: 12-3-2021	Tgl: 6-4-21
Berat badan (gram)	3000 gr	3900 gr	4700 gr
Panjang badan (cm)	50 cm	50 cm	53 cm
Suhu (°C)	36,5°C	36,3°C	36,5°C
Frekuensi nafas (x/menit)	60x/m	50x/m	50x/m
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	140x/m	140x/m	142x/m
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 HB-0, BCC, Polio 1	Hb: Ya	-	BCG = Ya Polio 1 = Ya
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)*

31

Scanned by TapScanner

K/IV/KB/D4			Nomor Urut			Tahun		
I. Nomor Kode Klinik KB Premisil Keb/Kota Klinik			II. Nomor Seri Kartu :					
KARTU STATUS PESERTA KB								
III. Nama Peserta KB : NY Siti Khoirun Nisa IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri : / / 310			V. Pendidikan Suami dan Istri : 1. Tidak Tamat SD 4. Tamat SLTA 2. Tamat SD 5. Tamat PT 3. Tamat SLTP					
VI. Nama Suami : Mr. Ahmad Fais			VII. Pekerjaan Suami dan Istri : 1. Pegawai Pemerintah 4. Nelayan 2. Pegawai Swasta 5. Tidak bekerja 3. Petani 6. Lain-lain : UKA swasta					
VIII. Alamat Peserta KB : Jm. Gubeng suryo 55/13A			IX. Jumlah anak hidup : Tahun Perempuannya					
X. Status Peserta KB : 1. Baru Pertama kali 2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah berhasil/kepujuran			XI. Umur anak terkecil : Tahun Bulan					
XII. Cara KB terakhir : 1. IUD 5. Implant 2. MOW 6. Suntikan 3. MOP 7. Pil 4. Kondom			XIII. Penapisan (Skrining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB. Perhatikan keadaan berikut ini dan hasilnya (tulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi					
Amanisa								
1. Haid terakhir tanggal : Tanggal Bulan Tahun			2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya 2) Tidak ☒					
3. Jumlah OPA : Gravid (Kehamilan) Partus (Persalinan) Abortus (Keguguran)								
4. Menyusui : 1) Ya 2) Tidak ☒								
5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : a. Sakit Kuning Tidak Ya b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya Tidak Ya c. Keputihan yang lama Tidak Ya d. Tumor : Payudara Tidak Ya Rahim Tidak Ya Indung telur Tidak Ya			Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD, MOW) Pertanyaan harus dilanjutkan ke pertanyaan XIII.9. Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.					
Pemeriksaan								
6. Keadaan Umum : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang ☒			7. Berat Badan : ☒ Kg					
8. Tekanan Darah : 120/70								
9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam : a. Tanda-tanda radang Tidak Ya b. Tumor/keganasan ginekologi Tidak Ya			Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD atau tindakan MOW dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter					
11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW) a. Tanda-tanda diabetes Tidak Ya b. Kelainan/pembekuan darah Tidak Ya c. Radang orchitis/epididymitis Tidak Ya d. Tumor/keganasan ginekologi Tidak Ya			Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilakukan MOW/MOP. Bila salah satu jawabannya YA, rujuk ke Klinik/RS yang lengkap.					
12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan : ☒ IUD ☒ MOW ☐ MOP ☐ Kondom ☐ Implant ☐ Suntikan ☐ Pil *)								
XIV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih : ☒			XV. Tanggal dilayani : Tanggal Bulan Tahun					
XVI. Tanggal dipesan kembali : Tanggal Bulan Tahun			XVII. Tanggal dicabut (khusus Implant/IUD) : Tanggal Bulan Tahun					
XVIII. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Paramedis lain								

KETERANGAN :

*) Conat yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan

**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

No. Kode KKB :
 Nama Peserta : Ny. Siti Khairun nisa
 Tanggal Lahir : 30 thn
 Nama Suami : Tr. Ahmad fag
 Alamat : Jin. Gubenur suryo SE/23A
 Telp :
 Tgl mulai KB : 6-5-2021

Dokter/Bidan, T.T. Akseptor,

(NISBANY GUSTIK SST) (.....

Waktu kembali Konsultasi dan Menyediakan

TRINORDIOL-28[®] LIMAS

[illegible]

Lampiran 12 Konsul Bimbingan Proposal



**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 : Rizqy Aulia Savitri
NIM : 1812.012
Nama Ketua Penguji : Munisah, SST.,MPH
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih S.ST Gresik.
Tanggal : 07 Juni 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	23-Juni-2021	Lembar Pengesahan	iii	Lembar pengesahan ditulis sesuai tgl ujian	Sudah Revisi
2	23-Juni-2021	Surat Pernyataan	iv	Membenarkan kata yang salah	Sudah Revisi
3	23-Juni-2021	Daftar Riwayat Hidup	vi	Membenarkan kata yang salah	Sudah Revisi
4	23-Juni-2021	Kata Pengantar	viii	1. Kata pengantar dihilangkan kata laporan 2. Pembeneran Tulisan Gelar	Sudah Revisi
5	23-Juni-2021	Daftar Isi	ix	Dibenarkan diberi tulisan judul dan halaman	Sudah Revisi
6	23-Juni-2021	Daftar Tabel	xii	Dibenarkan diberi tulisan judul dan halaman	Sudah Revisi
7	23-Juni-2021	Daftar Gambar	xiii	Dibenarkan diberi tulisan judul dan halaman	Sudah Revisi
8	23-Juni-2021	BAB I PENDAHULUAN	1	1. Spasinya dibenarkan 2. Kata-kata yang typo benarkan 3. Sumber di teliti	Sudah Revisi
9	23-Juni-2021	BAB II TINJAUN PUSTAKA	7	1. Kata-kata yang typo dibenarkan 2. Sumber di telitil 3. Spasinya dibenarkan 4. Lembar penapisan, patograf diperjelas	Sudah Revisi
10	23-Juni-2021	LAMPIRAN JADWAL	113	Lampiran jadwal sampai selesai	Sudah Revisi

Gresik, 23 Juni 2021

Penguji I

Munisah, SST.,MPH



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 : Rizqy Aulia Savitri
NIM : 1812.012
Nama Ketua Penguji : Suprpti, S.ST., M.Kes
Judul Proposaal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih S.ST Gresik.
Tanggal : 07 Juni 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	23-Juni-2021	Cover	i	Ditambahi Gresik	Sudah Revisi
3	23-Juni-2021	Kata Pengantar	vii	1. dihapus tulisan Laporan 2. diperbaiki Gelar	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	Sudah Revisi
5	23-Juni-2021	BAB II TINJAUN PUSTAKA	7	1. Sumber diteliti 2. kata kata yang typo dibenarkan	Sudah Revisi

Gresik, 23 Juni 2021

Ketua Penguji

Suprpti, S.ST., M.Kes

Lampiran 13 BERITA ACARA PERBAIKAN LTA



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Jl. Sumatera 101 (GKB), Telp. (031)3951414 Fax (031) 3952585

BERITA ACARA PERBAIKAN LTA

Nama : Rizqy Aulia Savitri
NIM : 1812.012
Nama Ketua Penguji : Suprapti, SST.,M.Kes
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih, S.ST
Tanggal : 03 Agustus 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	25-Juli-2021	Ringkasan	viii	1. Dipersingkat 2. Diperjelas 3. Typo – typo di benarkan	Sudah Revisi
2	25-Juli-2021	BAB III Kasus	106	1. Ditambah nomer registrasi	Sudah Revisi

Gresik, 03 Agustus 2021
Ketua Penguji


Suprapti, SST.,M.Kes



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK
Jl. Sumatera 101 (GKB), Telp. (031)3951414 Fax (031) 3952585

BERITA ACARA PERBAIKAN LTA

Nama : Rizqy Aulia Savitri
NIM : 1812.012
Nama Ketua Penguji : Munisah, SST., MPH
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih, S.ST
Tanggal : 03 Agustus 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	25-Juli-2021	Lembar Pengesahan	iv	1. Di tambah tanggal	Sudah Revisi
2	25-Juli-2021	Motto	vii	1. Typo typo dibenarkan	Sudah Revisi
3	25-Juli-2021	Ringkasan	vii	1. Di perjelas dan singkat 2. Typo – typo dibenarkan	Sudah Revisi
4	25-Juli-2021	Kata Pengantar	x	1. Typo – typo dibenarkan 2. Ketua kaprodi di ganti	Sudah Revisi
5	25-Juli-2021	BAB I	1	1. Typo – typo dibenarkan	Sudah Revisi
6	25-Juli-2021	BAB II	6	1. Typo – typo dibenarkan	Sudah Revisi
7	25-Juli-2021	BAB III		1. Ditambahkan jalan usman sadar 2. Typo – typo dibenarkan 3. Diperbaiki tabel 4. Spasi	Sudah Revisi
8	25-Juli-2021	BAB IV		1. Diteliti kembali 2. Fakta teori dan opini di telitih 3. Typo – typo dibenarkan	Sudah Revisi
9	25-Juli-2021	BAB V		1. Typo – typo dibenarkan	Sudah Revisi

Gresik, 3 Agustus 2021
Ketua Penguji


Munisah, SST., MPH

Lampiran 14 Konsul Bimbingan LTA



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

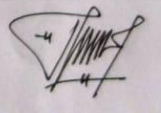
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Rizqy Aulia Savitri

NIM : 1812.012

Nama Pembimbing : Luluk Yuliati, S.SiT.,MPH

No	Tanggal	BAB	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1	7 Juli 2021	BAB 3	- Spasi - Jarak - Table riwayat kehamilan, persalinan - Singkatan - Typo- typo - IMT, ROT, MAP ditambahkan - Nutrisi - TM 1 dan 2 tidak perlu ditulis tanggal - Kebutuhan - Diperbaiki table TM 1 - No.5&6 diperjelas	
2.		BAB 3	- Typo dalam penulisan - Koreksi penulisan. - Spasi	
3.		BAB 3	- merapikan lagi susunan nya.	

Scanned by **TapScanner**



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 : Rizqy Aulia Savitri
NIM : 1812.012
Nama Pembimbing : Luluk Yuliati, S.SiT.,MPH

No	Tanggal	BAB	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
A.		BAB 4.	- Spasi diperbaiki - TM 2-3 Axiat tentang Kenaliran BB. - typo - typo diperbaiki	
S.		BAB 5.	merapikan kembali spasi pada setiap kalimat.	
E.			ACC. LTA.	