

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth Calon Responden

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Saya Devie Cestlavie Putri Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto, bermaksud memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan dengan Judul “Laporan Asuhan Kebidanan Pada Ny. X Masa Hamil Sampai Dengan KB Di Wilayah Mojokerto”

Saya berharap partisipasi ibu dalam asuhan kebidanan yang saya lakukan, saya menjamin kerahasiaan dan identitas ibu. Informasi yang ibu berikan hanya semata-mata untuk pengembangan ilmu kebidanan dan tidak digunakan untuk maksud lain. Apabila ibu bersedia menjadi responden, silahkan mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Atas perhatian dan kesediaan anda saya ucapkan terima kasih.

Mojokerto,

DEVIE CESTLAVIE PUTRI
NIM : 201902001

Lampiran 2 Informed Consent

INFORMED CONSENT

Dengan ini saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ny. C

Umur : 22 Tahun

Pekerjaan : Guru TK

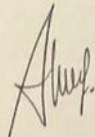
Alamat : Dsn Belahan, Ds Gedangan Kutorejo Mojokerto

Menyatakan dengan sesungguhnya setuju menjadi klien dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan yang meliputi asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan nifas, asuhan bayi baru lahir, asuhan keluarga berencana yang kemudian akan disusun sebagai Laporan Tugas Akhir dalam rangka menyelesaikan Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan Kampus Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto.

Demikian pernyataan ini di buat untuk di gunakan seperlunya.

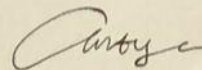
Mojokerto, 06 April 2022

Mahasiswa



DEVIE CESTLAVIE PUTRI
NIM : 201902001

Klien



Ny. C

Lampiran 2 Status Ibu Hamil

STATUS IBU HAMIL TAMPAK DEPAN

Nomor Registrasi	:	.....
Nomor Urut	:	.....
Tanggal menerima buku KIA	:	.....
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:	.....

IDENTITAS KELUARGA		
Nama Ibu	:	.....
Tempat/Tgl lahir	:	.....
Kehamilan ke	:	.....
Agama	:	.....
Pendidikan	:	Tidak S..... n Tinggi*
Golongan Darah	:	.....
Pekerjaan	:	.....
No. JKN	:	.....

Nama Suami	:	.....
Tempat/Tgl lahir	:	.....
Agama	:	.....
Pendidikan	:	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:	.....
Pekerjaan	:	.....

Alamat Rumah	:	.....
Kecamatan	:	.....
Kabupaten/Kota	:	.....
No. Telpon yang bisa dihubungi	:	.....

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

* Lingkari yang sesuai

Lampiran 3 Kartu Skor Poedji Rochjati

KARTU SKOR "POEDJI ROCHJATI"

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

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

KEL. F.R.	I	II	III	IV	SKOR	Tribulan			
						I	II	III.2	
					2				
I	1		Tertalu muda, hamil ≤ 16 th		4				
	2		a. Tertalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th		4				
			b. Tertalu tua, hamil 1 ≥ 35 th		4				
	3		Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)		4				
	4		Tertalu lama hamil lagi (≥ 10 th)		4				
	5		Tertalu banyak anak, 4/lebih		4				
	6		Tertalu tua, umur ≥ 35 th		4				
	7		Tertalu pendek ≤ 145 cm		4				
	8		Pernah gagal kehamilan		4				
	9		Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang/vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transusi		4				
	10		Pernah Operasi Sesar		6				
II	11		Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual		4				
	12		Bengkak pada muka, tungkai dan tekanan darah tinggi		4				
	13		Hamil kembar 2 atau lebih		4				
	14		Hamil kembar air (hydramion)		4				
	15		Bayi mati dalam kandungan		4				
	16		Kehamilan lebih bulan		4				
	17		Letak sungsang		6				
	18		Letak lintang		6				
	III	19		Penderitaan dalam kehamilan ini		6			
		20		Pre-eklampsia Berat/Kelap-kesang		6			
JUMLAH SKOR									

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	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

KARTU SKOR "POEDJI ROCHJATI"* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal :/...../.....

RUJUKAN DARI :
 1. Sendiri
 2. Dukun
 3. Bidan
 4. Puskesmas

RUJUKAN DARI :
 1. Bidan
 2. Puskesmas
 3. Rumah Sakit

RUJUKAN DARI :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB)/ Rujukan Dalam Rahim
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 3. Rujukan Terlambat (RTlt)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 • **Kel. Faktor Risiko III**
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • **Komplikasi Obstetrik**
 3. Pendarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT :
 1. Rumah Ibu
 2. Rumah Bidan
 3. Polindes
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakit
 6. Perjalanan

PENOLONG :
 1. Dukun
 2. Bidan
 3. Dokter
 4. Lain-lain

MACAM PERSALINAN :
 1. Normal
 2. Tindakan pervaginam
 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
IBU :
 1. Hidup
 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 ...
 3. Puskesmas
 4. Rumah Sakit
 5. Perjalanan
 6. Perjalan

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

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya, /Sterilisasi
 2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :

* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG

Lampiran 5 Catatan Kesehatan Ibu Hamil

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan *Muqiatra*

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: *20-7-2021*
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: *29-7-22*
 Lingkar Lengan Atas: *24* cm; KEK (), Non KEK ()
 Golongan Darah: *O*
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: *Sadel*
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: *Sadel*
 Riwayat Alergi: *tidak ada*

Hamil ke: *I*, Jumlah persalinan: *1*
 Jumlah anak hidup: *1*
 Jumlah anak lahir kurang dari 3500 gram: *0*
 Jarak kehamilan ini dengan kehamilan sebelumnya: *13* bulan
 Status imunisasi Imunisasi Tetanus Toksik: *1*
 Penolong persalinan terakhir: *bidan*
 Cara persalinan terakhir: *normal*

Diisi oleh petugas kesehatan

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Derajat Jantung Janin/ Menti
<i>16/04/21</i>			<i>51,6</i>				
<i>3/12/21</i>	<i>fa</i>	<i>100/88</i>	<i>57</i>	<i>19 w 3</i>	<i>13</i>	<i>Bel</i>	<i>130</i>
<i>1/12/21</i>							
<i>8/12/21</i>	<i>faa</i>	<i>92/64</i>	<i>54</i>	<i>24 2</i>	<i>16</i>		<i>130</i>
<i>5/12/21</i>	<i>faa</i>	<i>105/84</i>	<i>55,5</i>	<i>32 4</i>	<i>23</i>	<i>Bel</i>	<i>140</i>
<i>3/12/21</i>	<i>faa</i>	<i>105/64</i>	<i>56</i>	<i>37 2</i>	<i>27</i>	<i>Bel</i>	<i>130</i>
<i>16/12/21</i>		<i>100/70</i>	<i>56</i>	<i>38</i>	<i>28</i>		<i>110</i>

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (gambaran TT, Ft, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
<i>-/+</i>		<i>F. AS 121</i>		<i>ATC TENPADU PIKEMAS KEMERUKAN</i>	<i>10/12</i>
<i>-/+</i>		<i>leuc</i>		<i>revisi + us 160</i>	
<i>-/+</i>		<i>leuc</i>	<i>USG</i>	<i>revisi</i>	
<i>-/+</i>		<i>leuc, H. p. 10</i>	<i>revisi</i>	<i>revisi</i>	
<i>-/+</i>		<i>TTD</i>	<i>revisi</i>	<i>revisi</i>	
<i>-/+</i>					
<i>-/+</i>					
<i>-/+</i>					
<i>-/+</i>					
<i>-/+</i>					
<i>-/+</i>					
<i>-/+</i>					



Lampiran 5 Lembar Penapisan

PENAPISAN :

Apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti berikut :

	ya	Tdk
1.Riwayat bedah sesar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Pendarahan pervaginam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Ketuban pecah disertai dengan mekonium yang kental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Ketuban pecah lama (lebu dari 24 jam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37minggu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Ekterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Anemia berat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Tanda/gejala infeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Pra-Eklampsia/Hipertensi dalam kehamilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Tinggi fundus 40 Cm atau lebih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Gawat janin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Piumi para dalam masa aktif kala satu persalinan dan kepala janin masih 5/5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Presentasi bukan belakang kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Presitasi ganda (majemuk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Kehamilan ganda atau gemeli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Tali pusat menumbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Syok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATOGRAF TAMPAK BELAKANG

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama Bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Rumah Sakit
 Puskesmas Klinik Swasta
 Polindes Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan () rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk
 Bidan Teman Suami Dukun Keluarga Tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 Gawat Janin Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I

10. Partograf melewati garis waspada : Y/T
11. Masalah lain sebutkan :
12. Penatalaksanaan permasalahan tersebut :
13. Hasilnya :

KALA II

14. Episiotomi :
- Ya, Indikasi :
- Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan :
 Suami Teman Tidakada
 Keluarga Dukun
16. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
 Tidak
 Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit sekali selama kala II, hasil
17. Distosia Bahu
 Ya, tindakan yang dilakukan :
- Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya :

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
 Ya
 Tidak, alasannya :
20. Lama Kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U lm?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan :
- Penjepitan tali pusat Menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan :
- Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya
 Tidak, alasan :

24. Masase fundus ?
 Ya
 Tidak, alasan :
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir >30 menit :
 Tidak
 Ya, Tindakan :
27. Laserasi :
 Ya, dimana :
- Tidak
28. Jika laserasi, perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan dengan / tanpa anastesi
 Tidak dijahit, alasan :
29. Atonia Uteri :
 Ya, Tindakan :
- Tidak
30. Jumlah darah yang keluar / Perdarahan : ml
31. Masalah lain dan penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA IV

32. Kondisi Ibu : K/U : TD : mmHg Nadi : x/mnt Napas : x/mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :

BAYI BARU LAHIR

34. Berat Badan : gram
35. Panjang Badan : cm
36. Jenis Kelamin : L / P
37. Penilaian Bayi Baru Lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi ahir :
 Normal, Tindakan :
 Mengeringkan
 Menghangatkan
 Rangsangan Taktil
 Memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 Asfiksia Ringan/ pucat/biru/lemas, tindakan :
 Mengeringkan Bebaskan jalan nafas
 Rangsangan taktil Menghangatkan
 Bebaskan jalan nafas lain - lain, sebutkan :
- Pakaian/selimut bayi dan tempatkan disisi ibu
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 Ya, waktu : Jam setelah bayi lahir
 Tidak, Alasan :
40. Masalah lain sebutkan :
- Hasilnya :

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Temperatur	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Dara ke
1								
2								

Lampiran 8 Kartu Nifas

KARTU NIFAS TAMPAK DEPAN

**CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN
IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 26/9/22 Pukul : 08.50
Umur kehamilan : 40 Minggu
Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain
Cara persalinan : Normal/Tindakan
Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
Lokhia berbau/lain-lain)/
Meninggal*

Keterangan tambahan :
* *Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1 (pertama)
Berat Lahir : 2900 gram
Panjang Badan : 51 cm
Lingkar Kepala : 33 cm
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*

Kondisi bayi saat lahir:**

Segera menangis Anggota gerak kebiruan
 Menangis beberapa saat Seluruh tubuh biru
 Tidak menangis Kelainan bawaan
 Seluruh tubuh kemerahan Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **:

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
 Suntikan Vitamin K1
 Salep mata antibiotika profilaksis
 Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan :
* *Lingkari yang sesuai*

KARTU NIFAS TAMPAK BELAKANG

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN	KUNJUNGAN I (6 jam - 3 hari)	KUNJUNGAN II (4 - 28 hari)	KUNJUNGAN III (29 - 42 hari)
	Tgl: 28/4/22	Tgl:	Tgl:
kondisi ibu nifas secara umum	no keluhan		
tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi	110, 36°, 20, 80		
perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara	normal - luka luka 2 pr ke pst		
lokhia dan perdarahan	Rubra		
Pemeriksaan jalan lahir	✓		
Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif	✓		
Pemberian Kapsul Vit. A	✓		
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	✓		
Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	✓		
Memberi nasehat yaitu:			
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan	✓		
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	✓		
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	✓		
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	✓		
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	✓		
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan	✓		
Perawatan bayi yang benar	✓		
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress	✓		
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓		
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	✓		

Lampiran 10 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

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

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 20/4/22	Tgl:	Tgl:
Berat badan(kg)	2900		
Panjang badan (cm)	51		
Suhu (°C)	36,6		
Tanyakan ibu, bayi sakit apa?	✓		
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri			
• Frekuensi napas (kali/menit)	42		
• Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	130		
Memeriksa adanya diare	✓		
Memeriksa ikterus	✓		
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	✓		
Memeriksa status pemberian vitamin K1	✓		
Memeriksa status imunisasi HB-O	✓		
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK			
- Skrining Hipotiroid Kongenital			
- Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+			
- Konfirmasi hasil SHK			
Memeriksa keluhan lain:			
.....			
.....			
Memeriksa masalah/keluhan ibu			
Tindakan (terapi/rujukan/ umpan balik)			
Nama pemeriksa			

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

Lampiran 11 Catatan Imunisasi

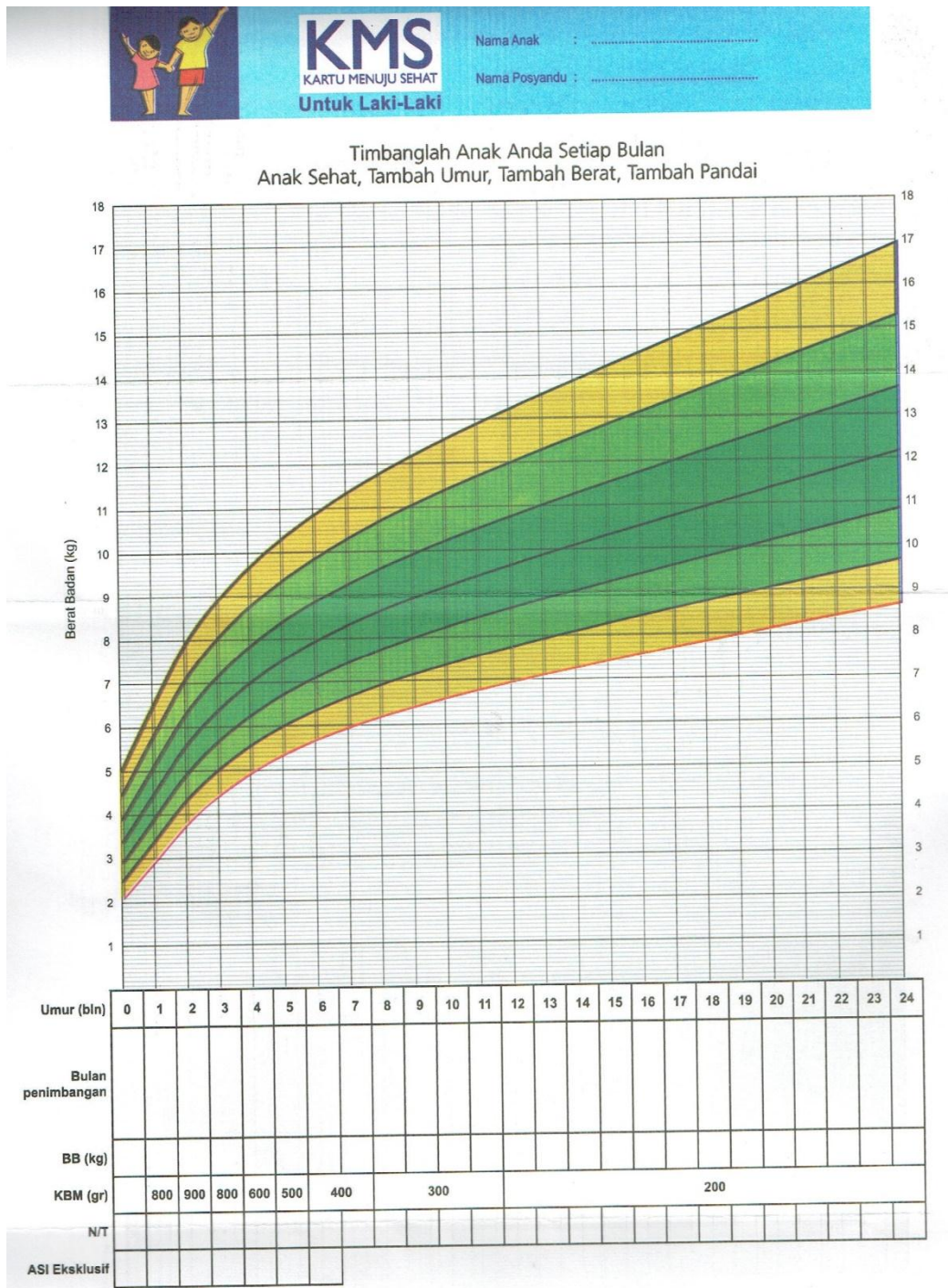
CATATAN IMUNISASI ANAK					
Umur (bulan)	0	1	2	3	4
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi				
HB-0 (0-7hari)	26/4/2022				
BCG	15/6/22				
Polio 1					
DPT-HB-Hib 1					
*Polio 2					
*DPT-HB-Hib 2					
*Polio 3					
*DPT-HB-Hib3					
*Polio 4					
*IPV					
Campak					

Umur (bulan)	18	24	30	****36+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi			
***DPT-HB-Hib Lanjutan				
****Campak Lanjutan				

* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1 bulan)
 ** Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus imunisasi dasar lengkap. Sakit ringan seperti batuk, pilek, diare, demam, sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi

Lampiran 12 Kartu Menuju Sehat

KMS LAKI- LAKI TAMPAK DEPAN

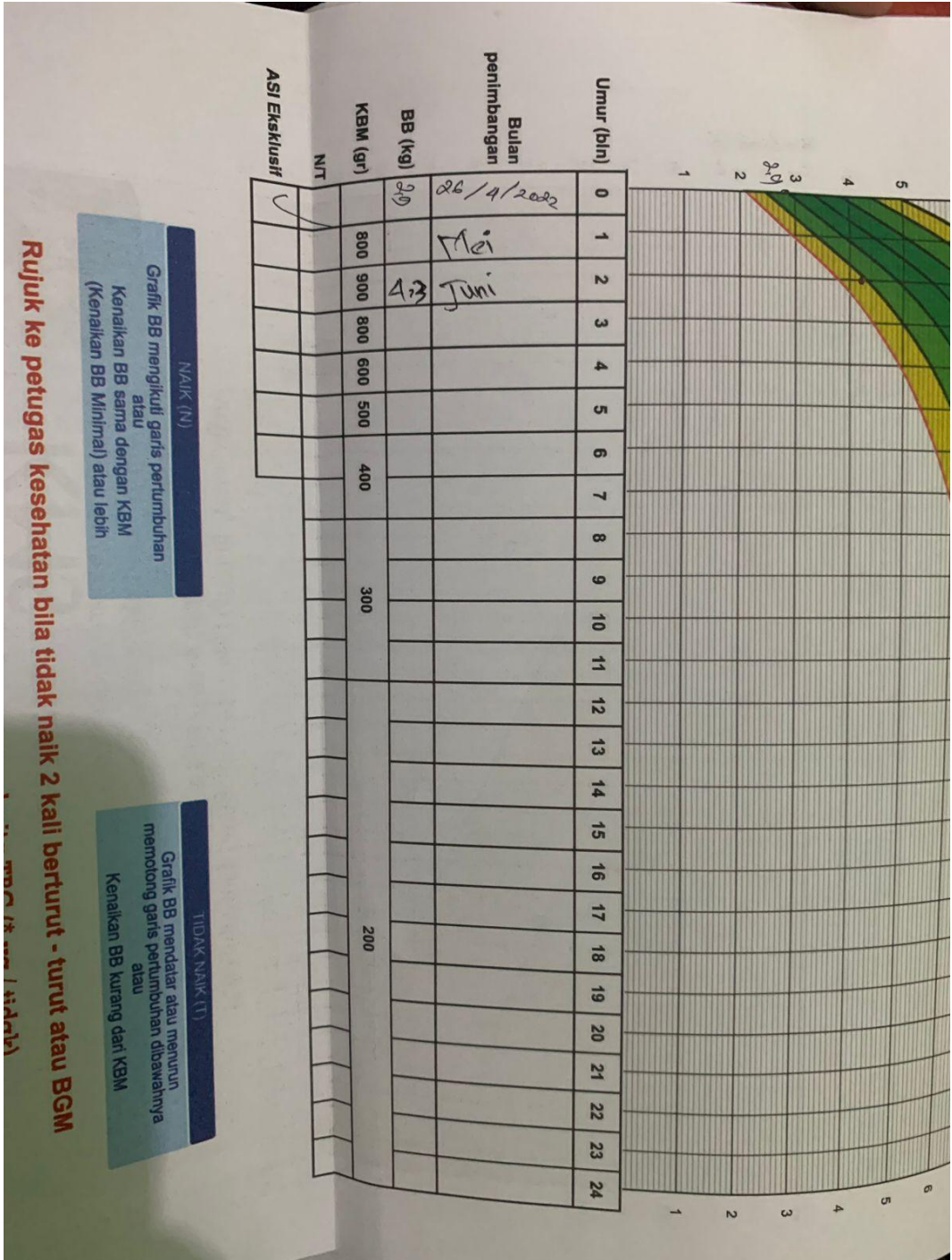


NAIK (N)
 Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

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

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM
 • Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

KMS LAKI-LAKI TAMPAK BELAKANG



LAMPIRAN 13

Kartu Status Peserta KB

TAMPAK DEPAN

K/IV/KB/08					
I. Nomor Kode Klinik KB <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			II. Nomor Seri Kartu : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
KARTU STATUS PESERTA KB					
III. Nama Peserta KB :			IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
V. Nama Suami/Istri :			VI. Pendidikan Suami dan Istri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
			1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat S.LTP 4. Tamat SLTA 5. Tamat PT		
VII. Alamat Peserta KB :			VIII. Pekerjaan Suami dan Istri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
IX. Tahapan KS :			1. Pegawai Pemerintah 4. Nelayan 2. Pegawai Swasta 5. Tidak bekerja 3. Petani 6. Lain-lain		
X. Jumlah anak hidup <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			XI. Umur anak terkecil Tahun Bulan		
XII. Status Peserta KB <input type="checkbox"/>			XIII. Cara KB terakhir <input type="checkbox"/>		
1. Baru Pertama kali 2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah bersalin/keguguran			1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil		
XIV. Penapisan (Skrining) 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 (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi.					
Anamnesis					
1. Haid terakhir tanggal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya 2) Tidak <input type="checkbox"/>		
3. Jumlah GPA : <input type="text"/> <input type="text"/>			Partus (Persalinan) <input type="text"/> <input type="text"/> Abortus (Keguguran) <input type="text"/> <input type="text"/>		
4. Menyusui : 1) Ya 2) Tidak <input type="checkbox"/>					
5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Tidak Ya					
a. Sakit kuning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
c. Keputihan yang lama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
d. Tumor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
- Payudara - Rahim - Indung telur					
Pemeriksaan					
6. Keadaan Umum : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang <input type="checkbox"/>			7. Berat Badan : <input type="text"/> Kg		
8. Tekanan Darah :					
9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam :			10. Posisi Rahim : 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi <input type="checkbox"/>		
a. Tanda - tanda radang Tidak Ya			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW)					
a. Tanda-tanda diabetes Tidak Ya			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b. Kelainan pembekuan darah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
c. Radang orchitis/epididymitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
d. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan: <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> MOW <input type="checkbox"/> MOP <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Suntikan <input type="checkbox"/> Pil *)					
XV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih :					
1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom <input type="checkbox"/> 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil					
XVI. Tanggal dilayani **) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
XVII. Tanggal dipesan kembali <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			XVIII. Tanggal dicabut (khusus Implant/IUD) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
XIX. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan					
KETERANGAN : *) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan. **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar					

KARTU STATUS PESERTA KB TAMPAK BELAKANG

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 :
Ekspsi/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





.....
Pimpinan Klinik KB

(.....)

Lampiran 14 Leaflet Nutrisi Ibu Hamil

	<h1>Nutrisi Ibu Hamil</h1> 
<p>MACAM-MACAM NUTRISI UNTUK IBU HAMIL</p> <p>1. Karbohidrat Sebagai sumber energi : jagung, kentang, roti gandum</p> <p>2. Protein Membantu proses tumbuh kembang janin, payudara sumber: daging, ayam, ikan, telur, tahu, tempe, susu, kacang-kacangan</p> <p>3. Lemak Sebagai sumber omega 3 & untuk perkembangan mata & otak sumber : kacang, ikan laut</p>	<p>Nama : Devie Cestlavie Putri Nim: 201902001</p>
<p>4. Vitamin dan Mineral Asam folat: pembentukan sel saraf & mencegah kelainan janin sumber : sayuran hijau, beras merah, buah kalsium : pembentukan tulang & gigi sumber: susu, biji-bijian, brokoli Zat besi : pembentukan darah, mencegah anemia sumber : hati, daging, kuning telur, sayuran hijau, ikan</p> <p>5. Air Mencegah dehidrasi , mempercepat proses metabolisme tubuh (minum air 8-10 gelas per hari)</p>	<p>IBU HAMIL YANG KEKURANGAN NUTRISI !!!!</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anemia2. Perdarahan3. Mudah terjangkit infeksi4. Berat badan ibu kurang dari normal5. Janin keguguran6. Bayi lahir premature7. Berat bayi lahir rendah  
	

Lampiran 15 Tanda-Tanda Persalinan

<p>BARANG -BARANG APA SAJA YANG PERLU DIPERSIAPAN UNTUK DIBAWA KETIKA PROSES PERSALINAN??</p>	<p>APA SAJA YANG PERLU DIPERSIAPAN ??</p> <p>PERSIAPAN IBU:</p>	<p>PERSIAPAN PERSALINAN</p> 
<p>Untuk ibu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-3 pakaian tidur yang memudahkan anda untuk menyusui(bukaan depan) • 2-3 BH menyusui • 3 – 4 Kain panjang/ sarung • baju panjang atau daster • sandal • 4 celana dalam • Pembalut ibu bersalin • 2 handuk bersih yang mudah menyerap keringat. • 2 Waslap • Tisu basah dan tisu kering • Alat mandi (sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo) • Minyak penghangat (minyak kayu putih) • Make-up(krim wajah dan tangan,kaca, sisir) • Gurita atau korset • Hp yang sudah isi pulsa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti kelas ibu hamil (kunjungan kehamilan sebanyak 4x selama kehamilan) • melakukan perawatan yang dianjurkan selama kehamilan (asupan gizi, perawatan payudara, senam hamil) • Siap mental, yakin bahwa persalinan akan berhasil dan menyenangkan • Mengerti tanda persalinan dan datang ke pelayanan kesehatan yang direncanakan. <p>PERSIAPAN KELIARGA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bersama ibu Memilih tempat dan tenaga kesehatan untuk pertolongan persalinan • Persiapan transportasi apa yang bisa digunakan untuk ke tempat persalinan • Bersama ibu membuat rencana siapa yang akan menemani persalinan • Persiapan biaya yang dibutuhkan, dan apa saja yang dibutuhkan • membuat rencana siapa yang kan menjaga keluarganya jika ibu melahirkan • membuat rencana siapa yang nanti membuat keputusan apabila terjadi kegawatdaruratan. 	 <p>Nama:Devie Cestlavie Putri Nim: 201902001 Prodi: D3 Kebidanan STIKES BINA SEHAT PPNI Kab.Mojokerto</p> <p>APA ITU PERSIAPAN PERSALINAN ??</p> <p>Yaitu suatu persiapan yang harus dipersiapkan seelum menghadapi proses persalinan. Sehingga tidak perlu khawatir terhadap apa dan bagaimana persiapan selama persalinan tiba waktunya.</p>
<p>Untuk bayi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 lusin Baju dan popok bayi • 2 handuk bayi yang lembut • Kain segi empat / selimut bayi • Kaos tangan dan kaos kaki • 2 waslap • Topi • Minyak telon, sabun mandi, shampoo khusus bayi, sisir bayi • Selendang / kain gendongan 	<p>Apa SajaTanda- Tanda persalinaan??</p> <ul style="list-style-type: none"> • merasakan sakit berlebih pada panggul dan menjalar keperut bagian bawah • Mulai keluar cairan lendir kental sedikit lengket. Lendir ini dapat bercampur darah • Muncul air ketuban dari vagina, bisa berupa rembesan basah di celana atau mengucur deras sampai ke kaki • mengalami kontraksi rahim yang berturutan selama 5 menit dan tidak hilang dalam 1 jam • membukanya rahim, mulai bukaan 1 sampai 10. 	 <p>Apabila ibu mengalami tanda gejala persalinan dari salah satu atau lebih tersebut maka hendaknya segera pergi ke pelayanan kesehatan yang sudah direncanakan sebelumnya !!!</p>  <p>Persiapan persalinan bisa dilakukan sejak awal kehamilan sehingga ketika terjadi proses persalinan dapat segera menuju ke pelayanan tanpa ada yang dikhawatirkan !!!</p>

Lampiran 16 Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Apa Saja Tanda Bahaya masa nifas ?



Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

JASPADAI TANDA BAHAYA MASA NIFAS



Nama: Devie Cestlavie Putri
Nim: 201902001
Prodi: D3 Kebidanan STIKES BINA SEHAT PPNI Kab. Mojokerto

Masa nifas adalah masa sejak bayi lahir dan plasenta bayi dilahirkan hingga keadaan kandungan kembali seperti saat sebelum hamil. masa ini pada umumnya terjadi sekitar 6 minggu.

Tanda bahaya pada masa nifas adalah suatu keadaan gawat darurat setelah proses persalinan yang membutuhkan penanganan segera oleh tenaga kesehatan dan apabila tidak dilakukan dapat menimbulkan kerusakan jaringan atau sistem tubuh dan dapat menimbulkan kematian.

3. Demam lebih dari 2 hari



terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan dengan suhu 38 derajat celsius, penanganannya :
a. Istirahat baring
b. Kompres dengan air hangat
c. Perbanyak minum
d. Jika ada syok, segera bawa ibu ke fasilitas kesehatan.

1. Pendarahan lewat jalan lahir



pendarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir
Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Dan Pendarahan setelah 24 jam yaitu pada hari ke 5- 15 setelah melahirkan. Penyebabnya yaitu robekan jalan lahir dan sisa plasenta

2. Keluar cairan berbau dari jalan lahir

Penanganan
Jagalah selalu kebersihan vagina anda, jika terjadi hal – hal yang tidak diinginkan segeralah periksakan diri anda ke fasilitas kesehatan.

4. Sakit kepala yang berlebihan



Apa Saja Tanda Bahaya masa nifas ?



Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

JASPADAI TANDA BAHAYA MASA NIFAS



Nama: Devie Cestlavie Putri
Nim: 201902001
Prodi: D3 Kebidanan STIKES BINA SEHAT PPNI Kab. Mojokerto

Masa nifas adalah masa sejak bayi lahir dan plasenta bayi dilahirkan hingga keadaan kandungan kembali seperti saat sebelum hamil. masa ini pada umumnya terjadi sekitar 6 minggu.

Tanda bahaya pada masa nifas adalah suatu keadaan gawat darurat setelah proses persalinan yang membutuhkan penanganan segera oleh tenaga kesehatan dan apabila tidak dilakukan dapat menimbulkan kerusakan jaringan atau sistem tubuh dan dapat menimbulkan kematian.

3. Demam lebih dari 2 hari



terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan dengan suhu 38 derajat celsius, penanganannya :
a. Istirahat baring
b. Kompres dengan air hangat
c. Perbanyak minum
d. Jika ada syok, segera bawa ibu ke fasilitas kesehatan.

1. Pendarahan lewat jalan lahir



pendarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir
Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Dan Pendarahan setelah 24 jam yaitu pada hari ke 5- 15 setelah melahirkan. Penyebabnya yaitu robekan jalan lahir dan sisa plasenta

2. Keluar cairan berbau dari jalan lahir

Penanganan
Jagalah selalu kebersihan vagina anda, jika terjadi hal – hal yang tidak diinginkan segeralah periksakan diri anda ke fasilitas kesehatan.

4. Sakit kepala yang berlebihan



Lampiran 17 Leaflet ASI eksklusif



Stikes Bina Sehat PPNI

Posisi menyusui yang benar

Gendong bayi Ibu dengan seluruh tubuhnya menghadap tubuh Ibu
Pipis hidung dan dagu bayi menghadap payudara

Bayi Ibu sebaiknya menangkupkan seluruh bagian dari puting dan areola (Daerah hitam di sekitar puting) masuk ke mulutnya

belatkar payudara (yang menghadap ASI)

puting

ASI

bagian hitam di sekitar puting

lelah

Ilustrasi

Pelbagai cara menyusui bayi

Posisi duduk

Posisi berbaring

Posisi duduk

Posisi berbaring

Posisi duduk

Posisi berbaring

Posisi duduk

Posisi berbaring

Posisi duduk

Posisi berbaring

6 ASI eksklusif bulan

ASI adalah makanan terbaik dan bergizi sempurna bagi bayi Ibu

Berikan ASI segera setelah lahir

Berikan bayi Ibu hanya ASI saja, tanpa tambahan makanan atau minuman selama 6 bulan pertama

Setelah 6 bulan, berikan makanan tambahan dan tetap teruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun

Dengan ASI, bayi tumbuh sehat, kuat dan cerdas

ASI gratis, tersedia setiap saat!

Memang tak ada yang sebaik ASI
Mari sibukan generasi bangsa yang berkualitas dengan pemberian ASI

Nutrisi Bayi 0-6 bulan

ASI EKSKLUSIF



BULAN ASI SAJA !!

Nama: Devie Cestlavie Putri
Nim: 201902001
Prodi: D3 Kebidanan



Lampiran 18 Perawatan Bayi Baru Lahir

2. Memandikan Bayi dengan Benar

Di daerah yang panas, bayi dimandikan setiap pagi dan sore hari, tetapi di daerah pegunungan cukup sehari, misalnya sore hari saja. Waktu memandikan bayi harus sebelum makan, dan sebaiknya antara pukul 09.00 sampai 10.00 pagi, dan sore antara pukul 15.00 sampai 16.00.

Persiapan memandikan bayi :

- Tempat memandikan lebih baik di dalam kamar bayi
- Sebelum memandikan ibu dianjurkan mencuci tangan dengan sabun sampai bersih
- Sediakan barang – barang yang di butuhkan yaitu handuk, dua buah waslap, popok, bau , sabun, air hangat, bedak, dan lain- lain


DEFINISI PERAWATAN BAYI BARU LAHIR

perawatan bayi baru lahir adalah mengasuh bayi tanpa bantuan petugas medis lagi mulai dari keluar dari rumah sakit sampai dia dewasa contohnya seperti memberikan ASI dan posisi yang tepat untuk menyusui, memandikan bayi, merawat tali pusat bayi, serta menjaga agar bayi tetap sehat.


MACAM -MACAM PERAWATAN BAYI BARU LAHIR DI RUMAH

1. Pemberian ASI pada bayi baru lahir

- Pada keadaan normal, bayi menyusu sebanyak 8 kali per hari. Jika bayi telah tidur selama 2-3 jam, bangun bayi untuk diteteki.
- Untuk meningkatkan produksi ASI, ibu harus meneteki sesuai kebutuhan bayi, pagi, siang, sore dan malam sampai bayi puas,
- Ibu nifas harus merawat payudara dengan cara membersihkannya sebelum dan sesudah menyusui.
- Ibu menyusui eksklusif yaitu ibu hanya memberikan ASI saja (kecuali obat, vitamin dan ASI peras) sampai bayi berumur 6 bulan.
- Ibu yang menyusui eksklusif memberikan banyak keuntungan, : ASI mudah dicerna dan diserap bayi, ASI melindungi bayi dari penyakit,



PERAWATAN



Stikes Bina Sehat PPNI BAYI BARU LAHIR

Nama: Devie Cestlavie Putr
Nim:201902001

- Setelah tali pusat lepas, oleskan pangkalnya dengan betadine dengan menggunakan cotton bud
- Bila tali pusat basah, berbau atau dinding perut disekitarnya kemerahan harus segera dibawa ke petugas kesehatan, poskesdes, puskesmas atau fasilitas kesehatan yang lain.

4. Mengganti popok

Pada umumnya setiap kali bayi kencing atau buang air besar popoknya harus diganti. Tetapi penggantian popok tidak boleh mengganggu ketenangan bayi.

Cara mengganti popok pada malam hari agar bayi dapat tidur tenang :

- Tutuplah daerah kemaluan dan pantat bayi dengan kertas toilet kira-kira setebal 1 cm
- Beri popok atau celana sehingga kencing yang keluar dapat langsung diserap oleh kertas toilet sehingga tidak mengganggu tidur bayi
- Setiap kali mengganti popok pantat bayi harus dicuci dengan air hangat
- Dikeringkan kemudian di bedaki tipis –tipis

5. Merawat alat kelamin


- Perhatikan kebersihan pada lipatan paha
- Jaga agar tetap kering dan jangan menggunakan bedak
- Cara membersihkan kelamin perempuan adalah dari depan (vagina) kemudian ke belakang (anus)
- Cara membersihkan alat kelamin laki – laki adalah dengan membersihkan ujung penis kemudian buah zakar
- Jangan dipijat

6. Menjemur bayi

Sinar matahari dan udara segar sangat penting untuk pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan. Bayi sejak berumur beberapa hari sebaiknya setiap pagi dibawa keluar untuk mendapatkan sinar matahari dan hawa sejuk.

- Jemurlah bayi pada pagi antara pukul 07 – 8 selama 15-30 menit dengan posisi terentang dan tengkurap
- Jemur saat sebelum mandi
- Bukalah baju bayi dan pakaikan popok yang minim
- Hindarkan mata dari sinar matahari langsung
- ganti posisi setiap 15 menit

periksa selalu kesehatan bayi pada 1 minggu pertama



Lampiran 19 Foto Dokumentasi Kunjungan Asuhan Kebidanan

Kunjungan Hamil-1



Kunjungan Hamil-2



Kunjungan Persalinan



Kunjungan Nifas-1 dan Neonatus-1



Kunjungan Nifas-2 dan Neonatus-2



Kunjungan Nifas-3 dan Neonatus-3 Beserta KB



Kunjungan Nifas-4



Lampiran 20 Lembar Konsul



STIKES BINA SEHAT PPN KABUPATEN MOJOKERTO
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
 Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR BIMBINGAN LTA



NAMA : Devie Cestlavie Putri
 NIM : 201902001
 PEMBIMBING 1 : Elies Meilinawati S.B., SST., S.Psi., M.Keb
 JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny."X" Masa Hamil Sampai Masa KB Di Wilayah Mojokerto

NO	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1	18 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> Perbaiki penulisan , masih ada penulisan yang kurang tepat Cek keterkaitan antara kasus dan CoC, belum Nampak berkaitan antara keduanya Siapkan BAB 2 	
2	3 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> Mohon direvisi BAB 1 masih ada yang kurang tepat, penulisan BAB 1 Belum Nampak benang merahnya, melompat-lompat , dan sepertinya dipaksa ditempel Mohon baca buku panduan . Dibuku panduan ada hal-hal yang harus diperhatikan pada pendahuluan ditulis sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> - Pernyataan ruang lingkup dari obyek penulisan secara jelas -> ini adalah introduction-> anda menjabarkan tentang kematian ibu yang banyak di masa nifas -> OK - Pembeneran (justifikasi) mengapa ruang lingkup itu perlu problem solving (berkaitan dengan data-data, penemuan , literature, dll)-> ini adalah justifikasi -> anda sudah menampilkan data -> OK - Dampak masalah bila tidak dilakukan asuhan -> ini adalah kronologi -> anda hanya menceritakan tentang penyebab 	



STIKES BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

		<p>kematian masa nifas, ada baiknya anda tambahkan ,, membahas tentang bagaimana kronologi atau alur terjadinya kematian ibu pada masa nifas</p> <p>- Konsep solusi penanganan masalah yang dapat direncanakan -> ini adalah solusi -> silahkan kalau anda mengatakan CoC sebagai upaya pencegahan kematian ibu di masa nifas, hanya saja yang jadi pertanyaan saya , di sana dituliskan CoC sejak trimester 3, apakah trimester 1 dan 2 tidak perlu dilakukan CoC? Mohon carai literature yang tepat</p>	
3	11 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Pada BAB 2 perlu ditambahkan konsep di persalinan, terutama hal-hal yang harus diperhatikan persalinan2. Siapkan BAB 3	
4	12 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Cek penulisan , spasi dan typo2. BAB 2 sepertinya belum direvisi3. BAB 3 kalau kunjungan jumlahnya 7 kunjungan , jumlah asuhan 11 asuhan4. Cek POA, bulan februari sudah berlalu dan lihat jumlah minggu mulai kehamilan sampai selesai masa nifas	
5	13 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Masih perlu diperhatikan lagi mengenai bab 2 menambahkan hal-hal yang harus diperhatikan di persalinan2. Cek kembali penulisan masih banyak yang typo3. Manfaat praktis perlu diperbaiki dalam bab 1	
6	14 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Bab 1 masih perlu diperbaiki, alur / kronologi belum tampak sama antara kasus2. Daftar singkatan perlu diperbaiki dan ditambahkan yang belum ada di daftar	






SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
BINA SEHAT PPNi MOJOKERTO
TAHUN AKADEMIK 2021-2022
Jl . Raya Jabon km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321)390203
Email : stikes_ppni@telkom.net

LEMBAR BIMBINGAN LTA

NAMA : Devie Cestlavie Putri
NIM : 201902001
JUDUL : Asuhan Kebidanan Pada Ny "X" Masa Hamil
Sampai Masa KB Di Wilayah Mojokerto
PEMBIMBING I : Rina Mardiyana, SST., M.Kes



NO.	TANGGAL	URAIAN	PARAF
1.	18 Februari 2022	1.Konsul judul dan proposal LTA 2.Perbaikan judul cover depan 3.Menambahkan lembar cover 4.Memperbaiki letak paragraf	
2.	21 Februari 2022	1.Memperbaiki justifikasi pada BAB 1 , permasalahan yang ada di Mojokerto 2.Perbaikan tujuan khusus disesuaikan	
3.	25 Februari 2022	1.Perhatikan penulisan masih banyak yang typo dan tentukan fenomena yang diambil 2.Gunakan referensi 2 tahun terakhir di BAB 1	
4.	25 Februari 2022	1.Revisi BAB 1 2.Siapkan BAB 2	
5.	27 Februari 2022	1.ACC BAB 1 2.Perbaikan BAB 2	

6.	9 Maret 2022	1.BAB 2 perhatikan teori 7 langkah varney dan SOAP 2.Persiapkan BAB 3	
7.	16 Maret 2022	1.ACC Bab 2 2.POA pada BAB 3 harus jelas	
8.	17 Maret 2022	1.ACC BAB 3 2.Persiapkan Ujian Proposal	

Lampiran 21 Lembar Revisi

Lampiran 22 Lembar Revisi



STIKES BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LTA

Laporan Tugas Akhir ini telah diujikan:

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada NY "X" Masa Kehamilan, Persalinan sampai KB dan Neonatus di Wilayah Mojokerto.

Nama : Devie Cestlavie Putri


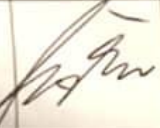
NIM : 201902001

Tanggal Ujian: 21 Maret 2022



Dengan Revisian Sebagai Berikut:

No	Nama Penguji	Uraian	Tanda Tangan
1.	Penguji I Naning Puji Suryantini, SST ., M.Kes	<ol style="list-style-type: none">1. Judul disamakan2. Point ke 7 di kata pengantar ditambahkan (proposal)3. Justifikasi lebih di ringkas lagi4. Kunjungan asuhan kehamilan ditambahkan HE nutrisi5. Asuhan Kebidanan Neonatus di hapus 1 karena hanya 3x kunjungan6. Tabel 2.5 diperjelas lagi7. Menambahkan leaflet nutrisi kehamilan	

2.	Penguji II Elies Meilinawati S.B., SST., S.Psi., M.Keb	<ol style="list-style-type: none">1. Mencantumkan lembar persetujuan yang sudah diberi paraf oleh dosen pembimbing2. Penulisan halaman 99 (sumber dijadikan satu dengan table , tidak boleh pencar)3. Menambahkan APGAR di daftar singkatan karena penulisan masih salah4. Mengganti kerangka asuhan yang benar di BAB 3	
3.	Penguji III Rina Mardiyana, SST., M.Kes	<ol style="list-style-type: none">1. Memberikan masukan-masukan yang akan dilaksanakan ketika penelitian	

Lampiran 22 Lembar Konsul



STIKES BINA SEHAT PPNi KABUPATEN MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Nama : Devie Cestlavie Putri



Nim : 201902001

Pembimbing I : Elies Meilinawati S.B.,SST.,S.Psi.,M.Keb

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada NY "C" Pada Masa Hamil Sampai KB dan Neonatus di Kecamatan Kutorejo Kabupaten Mojokerto.



No	Tanggal	Uraian	Paraf
1.	28 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Cek penulisan, cek typo dan spasi2. Cek font pada penulisan3. BAB 4, cek prolog pada setiap asuhan kebidanan4. Kirim file secara keseluruhan BAB 1 sampai dengan BAB 6	
2.	14 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Cek penulisan (spasi, penulisan, huruf, masih banyak yang tidak sesuai dengan kaidah penulisan)2. Belum ada perbaikan dari proposal masih ada penulisan kata proposal pada penulisan3. BAB 3 belum disesuaikan dengan realisasi pelaksanaan kunjungan4. Prolog bukan pemeriksaan hari ini, berisi tentang pemeriksaan sebelumnya, keluhan hari ini dimasukkan di keluhan, bukan di prolog5. Cek penulisan BAB 5, perhatikan kaidah pembahasan FTO (Fakta, Teori dan Opini)	
3.	22 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Cek penulisan (spasi, penulisan, huruf)2. Perhatikan font pada tabel, perbaiki font3. BAB 4 pada asuhan kebidanan persalinan perbaiki menjadi kronologi	

		4. BAB 5 perhatikan lagi kaidah pembahasan 5. BAB 6 tidak perlu dicantumkan keluhan lagi	
4.	30 Juni 2022	1. Cek penulisan diagnosa, penulisan yang dipakai yang mana GIP0A0 atau GIP00000 2. Cek penulisan di pembahasan, spasi, dll	
5.	1 Juli	ACC	



STIKES BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Nama : Devie Cestlavie Putri

Nim : 201902001



Pembimbing II : Rina Mardiyana, SST., M.Kes

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada NY "C" Pada Masa Hamil Sampai KB dan Neonatus di Kecamatan Kutorejo Kabupaten Mojokerto.

No	Tanggal	Uraian	Paraf
1.	14 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none">Pada BAB 2 dilengkapi kunjungan mulai ibu hamil sampai KB untuk melihat penatalaksanaanyaPada BAB 4 lakukan anamnesis secara detail pada saat melakukan kunjunganPerhatikan penulisan	
2.	18 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none">Kirim file secara keseluruhan mulai dari BAB 1 sampai BAB 6Saat melakukan penatalaksanaan asuhan sesuaikan dengan teori di BAB 2	
3.	16 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none">Pada BAB 5 sesuaikan kembali antara fakta, teori dan opini	
4.	21 Juni 2022	ACC	

Lampiran 23 Lembar Revisi



STIKES BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

Jalan Raya Jabon Km 6 Mojoanyar, Mojokerto

LEMBAR REVISI UJIAN LTA

Laporan Tugas Akhir ini telah diujikan:

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny C Pada Masa Hamil Sampai KB dan Neonatus di Kecamatan Kutorejo Kabupaten Mojokerto

Nama : Devie Cestlavie Putri

NIM : 201902001

Tanggal Ujian: 08 Juli 2022



Dengan Revisian Sebagai Berikut:

No	Nama Penguji	Uraian	Tanda Tangan
1.	Penguji Utama Naning Puji Suryanti ni,SST, ., M.Kes	1. Lembar persetujuan di scan tidak I fotoopy 2. Menambahkan penatalaksanaan konselig KB pada kunjungan hamil petama dan nifas 3. Menambahkan teori pada BAB 2 sesuai di pemahasan 4. Mencantumkan imunisasi dasar pada BAB 2 neonatus	
2.	Penguji I Elies Meilinawati S.B ., SST., S.Psi., M.Keb	1. ek penulisan spasi, titik, koma pada setiap BAB 2.	

		<p>ek typo pada penuisan</p> <p>3. ek rata kanan dan kiri pada penulisan</p> <p>4. erhatikan kunjungan asuhan kebidanan pada BAB 3</p> <p>5. erhatikan lagi daftar pustaka</p>	
3.	<p>Penguji II</p> <p>Rina Mardiyana, SS T., M.Kes</p>	<p>1. Tambahkan teori dan penatalaksanaan</p> <p>2. Kunjungan hamil sampai dengan KB sesuaikan dengan yang digunakan di pembahasan</p> <p>3. Lampiran dilengkapi</p> <p>4. Lengkapi daftar singkatan</p> <p>5. Perhatikan ringkasan</p>	

