

Lampiran 2

**PERNYATAAN
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan gelar : Naimah, S.KM., M.Kes.
2. NIP : 19661231 198603 2 005
3. Pangkat dan Golongan : Penata Tk I/ III d
4. Jabatan : Lektor
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S-2 Kesehatan Masyarakat
7. Alamat dan Nomor yang Bisa Dibuhungi
 - a. Rumah : Jl. Jembawan XII Blok 3K No. I Sawojajar II,
Malang
 - b. Telepn/HP : (0341) 723894 / 081333575790
 - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No.77C Malang
 - d. Telepon Kantor : (0341) 551256

Dengan ini menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing utama bagi mahasiswa :

- Nama : Tri Yuliati Ningsih Maulidiyah
NIM : 1602100034
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. X Di PMB Sri Anik, Amd.Keb Desa Pulungdowo Kecamatan Tumpang Kabupaten Malang.

*) Coret yang tidak dipilih

Malang, 9 November 2018

**(Naimah, S.KM., M.Kes.)
NIP. 19661231 1986032 005**

Lampiran 3



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



Kampus Pusat : Jl. Reart Iain No. 11 C Malang 65112 Telp (0341)566073, 571388 Fax(0341)555146
Kampus I : Jl. Soekarno No. 106 Jember, Telp (0331) 486413
Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporeng Lanang, Telp (0341) 421847
Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 48 Dilar, Telp (0342) 801043
Kampus IV : Jl. KJI Walahid Harwin No. 64 B Kediri, Telp(0354)773093
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direction@poltekkes-malang.ac.id

Malang 05 September 2018

Nomor : PP 04.03/5.0/ 3419 /2018
Hal : Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan

Kepada, Yth.
Pimpinan PMB Sri Anik, A. Md. Keb.
Di,-

MALANG

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu Prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Studi Pendahuluan mahasiswa kami :

Nama : Tri Yuliati Ningsih Maulidiyah
N I M : 1602100034
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : V
Judul : Asuhan Kebidanan kehamilan Trimester III di PMB Sri Anik, A. Md. Keb.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Kerua Jurusan Kebidanan,

HERAWATI MANSUR, SST, M.Pd., M.Psi.
NIP. 196501101985032002

Tembusan:

- 1 Sdr Tri Yuliati Ningsih Maulidiyah
- 2 Pertinggal

Lampiran 4

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tri Yuliati Ningsih Maulidiyah
NIM : 1602100034
Alamat : Desa Ngenep Dusun Baba'an Rt 01/Rw 07, Kecamatan Karangploso Kabupaten Malang
Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. X di PMB Sri Anik, Amd.Keb Desa Pulungdowo, Kecamatan Tumpang, Kabupaten Malang

Dengan ini mengharap atas kesediaan saudara untuk ikut serta membantu dalam penelitian ini. Adapun identitas, dan hasil lembar observasi saudara akan kami jaga kerahasiaannya. Atas kesediaan dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kesediaan saudara kami ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Tri Yuliati Ningsih M.
NIM : 1602100041

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(Informed Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ALIF RAHMASARI
Umur : 20 th
Alamat : Ds. Pukung H.01 RW.02 Tumpang

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penulisan, maka saya :
Bersedia/tidak ~~bersedia~~*) Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan.

Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari

Malang, Maret 2019

Yang membuat persetujuan,



(ALIF RAHMASARI)

Keterangan :

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 6

PLAN OF ACTION

NO	JADWAL KUNJUNGAN	KEGIATAN
1.	<p>Kunjungan ke I (pada usia kehamilan >28 minggu) Tujuan :</p> <p>a. Membangun hubungan saling percaya dengan ibu hamil b. Mendeteksi masalah dan menangani masalah</p>	<p>a. <i>Informed Consent</i> menjadi subyek penyusunan b. Anamnesa (Identitas, riwayat kehamilan sekarang, keluhan utama, riwayat obstetri lalu, riwayat menstruasi, riwayat penyakit ibu dan keluarga dan pola kebiasaan) c. Melakukan pemeriksaan fisik <i>head to toe</i> d. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi e. Memberikan KIE mengenai permasalahan yang terjadi f. Menjadwalkan kunjungan ulang</p>
2.	<p>Kunjungan ke II (jarak interval 1 minggu dari kunjungan I) Tujuan :</p> <p>a. Mengatasi ketidaknyamanan/ masalah ibu pada kehamilan trimester III</p>	<p>a. Melakukan anamnesa keluhan utama ibu dan pola kebiasaan sehari –hari b. Melakukan pemeriksaan umum : keadaan umum, kesadaran, TD, suhu, nadi, dan penapasan c. Melakukan pemeriksaan fisik (leopold) d. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi e. Memberikan konseling mengenai keluhan utama ibu f. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan pada kunjungan sebelumnya g. Menjadwalkan kunjungan ulang</p>
3.	<p>Kunjungan ke III (jarak interval 1 minggu dari kunjungan II) Tujuan :</p> <p>a. Ibu memahami tanda bahaya pada kehamilan sehingga ibu dapat mengenali dan segera datang ke fasilitas kesehatan bila mengalami hal tersebut</p>	<p>a. Melakukan anamnesa keluhan utama ibu dan pola kebiasaan sehari –hari b. Melakukan pemeriksaan umum : keadaan umum, kesadaran, TD, suhu, nadi, dan penapasan c. Melakukan pemeriksaan fisik (leopold) d. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi e. Memberikan KIE mengenai keluhan utama ibu f. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan pada kunjungan sebelumnya g. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya pada kehamilan h. Menjadwalkan kunjungan ulang</p>

<p>4.</p>	<p>Kunjungan ke IV (jarak interval 1 minggu dari kunjungan III) Tujuan :</p> <p>a. Ibu mengetahui tanda-tanda persalinan dan dapat mempersiapkan segala kebutuhan persalinan</p>	<p>a. Melakukan anamnesa keluhan utama ibu dan pola kebiasaan sehari –hari</p> <p>b. Melakukan pemeriksaan umum : keadaan umum, kesadaran, TD, suhu, nadi, dan penapasan</p> <p>c. Melakukan pemeriksaan fisik (leopold)</p> <p>d. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi</p> <p>e. Memberikan konseling mengenai keluhan utama ibu</p> <p>f. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan pada kunjungan sebelumnya</p> <p>g. Memberikan konseling tentang tanda – tanda persalinan dan persiapan persalinan</p>
------------------	---	---

Lampiran 7

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

.....
.....

NO. REGISTER :
TANGGAL :
TEMPAT :

Biodata	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku/bangsa	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:
No. Telepon/HP	:

DATA SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang
Keluhan Utama
.....
2. Riwayat Perkawinan
Kawin...kali. Kawin pertama umur.....tahun. Dengan suami
sekarang...tahun
3. Riwayat Menstruasi
Menarche umur.....tahun. Siklus.....hari. Teratur/tidak.
Lama.....hari. Sifat darah : encer/beku. Bau...Flour albus ya/tidak.
HPHT.....HPL.....
4. Riwayat kehamilan ini
 - a. Riwayat ANC
ANC sejak umur kehamilan.....minggu. ANC di.....
Frekuensi : Trimester Ikali
Trimester IIkali
Trimester IIIkali
 - b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan.....minggu,
pergerakan janin dalam 24 jam terakhir.....kali
 - c. Keluhan yang dirasakan
.....
.....
 - d. Pola keseharian
 - (1) Pola nutrisi Makan Minum
 - Frekuensi :.....
 - Macam :.....
 - Jumlah :.....

- Keluhan :
- (2) Pola eliminasi BAB BAK
- Frekuensi :
- Warna :
- Bau :
- Konsistensi :
- Jumlah :
- (3) Pola aktivitas :
- Kegiatan sehari-hari:
- (4) Istirahat/tidur :
- (5) Seksualitas :
- Frekuensi.....
- Keluhan.....

e. Personal Hygiene

- Kebiasaan mandi.....kali/hari
- Kebiasaan membersihkan alat kelamin.....
- Kebiasaan mengganti pakaian dalam.....
- Jenis pakaian dalam yang digunakan.....

f. Imunisasi

- TT 1 tanggal TT 2 tanggal
- TT 3 tanggal TT 4 tanggal
- TT 5 tanggal

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Hamil Ke	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	Umur Kelahiran	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		Jenis Kelamin	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Memakai				Berhenti/Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan

7. Riwayat kesehatan

- a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang di derita
 -
 -
- b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga
 -
 -
- c. Riwayat keturunan kembar

-

 d. Kebiasaan-kebiasaan
 Merokok.....
 Minum jamu-jamuan.....
 Minum-minuman keras.....
 Makanan/minuman pantang.....
 Perubahan Pola Makan (termasuk nyidam, nafsu makan turun, dll).....
 ...
8. Keadaan Psiko Sosial Spiritual
- a. Kelahiran ini : Diinginkan Tidak Diinginkan
- b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan sekarang

- c. Penerimaan Ibu terhadap kehamilan saat ini

- d. Tanggapan Keluarga terhadap kehamilan

- e. Ketaatan ibu dalam beribadah

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan fisik
- a. Keadaan umum kesadaran.....
- b. Tanda vital
 Tekanan darah : mmHg
 Nadi : kali per menit
 Pernafasan : kali per menit
 Suhu : °C
- c. TB : cm
 BB : sebelum hamil.....kg, BB sekarangkg
 IMT :
 LILA : cm
- d. Kepala dan leher
 Edema wajah :
 Cloasma gravidarum + / -
 Mata :
 Mulut :
 Leher :
 Payudara
 Bentuk :
 Areola mammae :
 Putting susu :
 Colostrums :
- e. Abdomen

- Bentuk :
- Bekas luka :
- Striae gravidarum :
- Palpasi Leopold :
- Leopold I :
- Leopold II :
- Leopold III :
- Leopold IV :
- TBJ :
- Auskultasi DJJ : Frekuensi :kali per menit (...../...../.....)
- f. Ekstremitas
 - Edema :
 - Varices :
 - Reflek patella :
- g. Genitalia luar
 - Varices :
 - Bekas luka :
 - Kelenjar bartholini :
 - Pengeluaran :
- h. Anus
 - Hemoroid :
- 2. Pemeriksaan Penunjang
 -
 -

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH

1. Diagnosa Kebidanan
 -
2. Masalah
 -
3. Kebutuhan
 -
4. Diagnosa Potensial
 -
5. Masalah potensial
 -
6. Kebutuhan Tindakan Segera Berdasarkan Kondisi Klient
 - a. Mandiri
 -
 - b. Kolaborasi
 -
 - c. Merujuk
 -

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

.....
.....
IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA
.....
.....

INTERVENSI
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IMPLEMENTASI

Tanggal.....jam.....

EVALUASI

Tanggal.....jam.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lampiran 8

KARTU IBU HAMIL																																											
RS/Puskesmas Pustu/Polindes/BPS Desa/Kelurahan Kab/Kota										No. Indeks / kode : Tgl Pendaftaran pertama : Nama pemeriksa :																																	
IDENTITAS IBU										IDENTITAS SUAMI										RIWAYAT PERKAWINAN																							
Nama					Umur : tahun					Agama					Alamat/Telp.					Pekerjaan					Pendidikan					kawin ke		Umur kawin (thn)		kawin (thn)		Juml anak		Sebab pisah		Sebab meninggal		Tempat meninggal	
RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB																																											
HAMIL		PERSALINAN					TEMPAT PERSALINAN					KOMP PERSALINAN					PENOLONG			KEADAAN BBL					KEADAAN ANAK SKRG		K B																
Ke	KOMPLIKASI APB HT	Ab	I / P / IU	FD	Nor mal	Su	Alat	S C	RS	PKM	BPS	Ru mah	Lain-lain	P. Lama	Infeksi	HPP	Dr	Bd	Lain-lain	P / L	BBL (gr)	Sehal	Sa kit	Ma ti	Hidup (thn)	Mati																	
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
6																																											
RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG																																											
G : P : A :										KELUHAN UTAMA PASIEN																																	
Haid : Siklus : hari (teratur/tidak), Lama haid : hari, HPHT : HPL :																																											
Mual / muntah : Tidak / Kadang - kadang / Terus - menerus																																											
Pusing : Tidak / Kadang - kadang / Terus - menerus																																											
Nyeri perut : Ada / Tidak																																											
Gerak janin : Aktif / Jarang / tidak ada																																											
Oedema : Tidak ada / ada (tibia / umum)																																											
Nafsu makan : Baik / menurun										HASIL SKOR KSPR : RST / RT / RR																																	
Perdarahan : tidak ada / ada (sejak :)										RUJUK KE :																																	
Penyakit yang diderita ibu hamil : Paru / DM / Epilepsi / Hati / Psikosis / Ginjal / Malaria / Jantung / Hipertensi / Diare lama / Panas / Batuk lama / BB menurun / PMS																																											
Penyakit yang diderita suami : PMS / Tatto / Tindik / DM / Batuk lama / Diare lama / HIV / Hepatitis / Tumor																																											
Riwayat penyakit keluarga : Hipertensi / DM / Paru / Jantung / Gemelli / Psikosis																																											
Kebiasaan ibu : Merokok / minuman keras / narkotika / obat penenang / Minum jamu / pijat perut																																											
Riwayat Imunisasi TT : Tidak / pernah Status TT : T1 / T2 / T3 / T4 / T5																																											
Fluor Albus : Tidak / ada (gatal / berbau / seperti susu / busa cair), warna :																																											
Pasangan seksual istri : Satu / lebih dari satu																																											
Pasangan seksual suami : Satu / lebih dari satu																																											
PEMERIKSAAN																																											
UMUM										FISIK										KEBIDANAN																							
BB sbml hamil : Kg										KULIT : Ruam kulit / herpes / sarcoma / tatto / bekas luka sayatan / bekas tusukan jarum / dermatitis										TFU : Jari / Cm																							
TB / BB / LILA : cm / kg / cm										MATA : Normal / Oedema palpebra / conjunctivae pucat / icterus										UK : Minggu																							
BENTUK TUBUH : Normal										MULUT : Normal / Cyanosis / Stomatitis / Tonsilitis / Farngitis										BENTUK UTERUS : Normal / kelainan																							
Kelainan tulang belakang										GIGI : Normal / Karies										LETAK JANIN																							
Kelainan tungkai										PEMB KE' : Leher / Keltrak / Lipatan Paha / Tiroid										- < 36 minggu : Bujur / lintang																							
Kelainan bentuk panggul										DADA : - Paru / jantung : Normal / Bentuk dada abnormal										- > 36 minggu : Kepala / lintang / sungsang / gemeli																							
KESADARAN : Fisik / Psikis										- Payudara : Normal / Kemerahan										- Penurunan kep : /5																							
: Baik / ada gangguan										Napas normal / napas sesak										DETAK JANTUNG : /menit																							
PUCAT : Tidak / ya										Benjolan / puting susu masuk / Kulit jeruk / keluar cairan										INSPEKULO : Normal / ouh tubuh / (Bila ada indikasi) vaginitis / tumor / ca cervix / cervicitis / condyloma lain-lain																							
KUNING : Tidak / ya										ABDOMEN																																	
TEKANAN DARAH : mmHg										- Luka bekas op : Tidak ada / ada ()																																	
SUHU / NADI : °C / menit										- Massa abdomen : Teraba / tidak teraba																																	
PERNAPASAN : / menit										- Hati : Teraba / tidak teraba																																	
										TANGAN TUNGKAI : Normal / oedema																																	
										- refleks : Tidak ada / ada																																	
LABORATORIUM																																											
RUTIN										ATASI INDIKASI :																																	
- Darah : Hb : gr%										Faeces / darah tepi / flour albus / Cd4 / Pap smear / hepatitis / HIV / VDRL / lendir cervix / plano test / BTA / rontgen																																	
- Urine : Albumin : Reduksi																																											
- Gol Darah :										*) Hasil lampirkan																																	
KESIMPULAN / DIAGNOSA :																																											
PEMBERIAN OBAT																																											
- Imunisasi TT :																																											
- Pengobatan :																																											
PENYULUHAN																																											
*) Materi lihat lembar belakang																																											

RENCANA PERSALINAN

Penolong :
Tempat :

Pendamping :
Calon donor :

KUNJUNGAN ULANGAN

Tanggal	KELUHAN	UMUM							KEBIDANAN						KETERANGAN		
		BB	T D	NAADI	RR	Ordem Tungka	TFU (an/cm)	Lelak Janin	D J J	GERAK JANIN Aktif	Jarang	Terapi / Pengobatan	Umur Kehamilan	Penyulhan)	Dirujuk ke	Periksa	Lain-lain
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	

- Gizi (nutrisi ibu hamil) (01)
- Kebersihan (02)
- Pekerjaan dan perilaku sehari-hari (03)
- Diet (04)
- Perawatan Payudara dan ASI / PASI (05)
- Pentingnya pemeriksaan kehamilan (06)

- Tanda-tanda kehamilan resiko tinggi (07)
- Persalinan oleh tenaga kesehatan Kompeten (08)
- KB setelah melahirkan (09)
- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (10)
- IMS / HIV - AIDS / PMICT (ARV, SC, VCI) (11)
- IMD (12)

Lampiran 9

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RESIKO TINGGI

Nama : _____ Alamat: Ds. _____
 Umur Ibu: _____ Kec / Kab: _____
 Pendidikan: _____ Pekerjaan: _____
 Hamil ke: _____ HPHT: _____ HPL: _____
 Periksa I _____
 Umur Kehamilan : _____ Di : _____

I KEL F.R	II NO	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th b. Terlalu tua, hamil ≥ 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 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uri dirogoh c. Diberi Infus/Transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
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 (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / kejang2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO			
NO	KEL	PERALIHAN	RUJUKAN	NO	KEL	PERALIHAN	RUJUKAN
Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain – lain RTW							
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES	BIDAN DOKTER		
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

**KARTU SKOR “ POEDJI ROCHJATI “
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

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

5. Bidan
4. Puskesmas

RUJUKAN

1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Gawat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I & II

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Gawat Darurat Obstetrik

▪ Kel. Faktor Risiko III

1. Perdarahan antepartum
- **Komplikasi Obstetrik**
2. Perdarahan postpartum
3. Uri Tertinggal
4. Persalinan Lama

- | | | |
|----------------|-----------|------------------------|
| 2. Rumah Bidan | 2. Bidan | 2. Tindakan Pervaginam |
| 3. Polindes | 3. Dokter | 3. Operasi Sesar |
| 4. Puskesmas | 4. Lain2 | |
| 5. Rumah Sakit | | |
| 6. Perjalanan | | |
| 7. Lain2..... | | |

**PASCA PERSALINAN IBU :
IBU :**

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
c. Partus lama c. Infeksi e. Lain2.....

TEMPAT KEMATIAN IBU:

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polindes
4. Puskesmas

BAYI :

1. Berat lahir :gram, Laki2/Perempuan
2. Lahir hidup : Appgar skor:.....
3. Lahir mati, penyebab :
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab.....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

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 :.....

Lampiran 11



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : TRI YULIATI NINGSIH MAULIDIYAH
 NIM : 1602100034
 Nama Pembimbing : NAIMAH, S.KM, M.KES. /
 Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA HT.X DI PMS
 SRI ANIK, Amd, Keb. Desa RILUHEDOWO KECAMATAN
 TUMPANG KABUPATEN MALANG

TGL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
23/11/18	Perbaiki cover, daftar pustaka, pernyataan keaslian tulisan, penomoran, bhs asing dicetak miring	 Naimah, S.KM., M.Kes.
13/12/18	Perbaiki latar belakang, tambahkan penyebab kematian ibu hamil, usaha pemerintah menangani AKI, dan mengapa ibu harus diusah. Perbaiki tujuan langkah ketiga, pembuatan tabel, perbaiki konsep manajemen kebidanan pada diagnosa, tujuan dan kriteria hasil. Tambahkan masalah potensial, perbaiki langkah kerja, tambahkan kriteria subjek, dan perbaiki etika dan prosedur pelaksanaan.	 Naimah, S.KM., M.Kes.
18/12/18	Perbaiki cover, spasi, dan ukuran logo. Perbaiki daftar isi. Cari gambar pemeriksaan reduksi urine pyjeksi. Perbaiki penulisan tabel dan daftar gambar. Perbaiki tata letak gambar. Perbaiki penulisan daftar pustaka.	 Naimah, S.KM., M.Kes.
17/01/19	Perbaiki persamaan judul di cover dan di isi, perbaiki kata pengantar, perbaiki penulisan daftar singkatan, perbaiki penjurukan penulisan kalimat, perbaiki penulisan tabel, perbaiki kerangka konsep, perbaiki instrumen pengumpulan data dan metode dokumentasi, perbaiki jadwal kegiatan perbesar kartu ibu, tambahkan buku KIA dan lembar observasi, hilangkan halaman pada lampiran	 Naimah, S.KM., M.Kes.



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : TRI JULIATI NINGSIH MAULIDIYAH
 NIM : 1602100029
 Nama Pembimbing : NAIMAH, S.KM, M.Kec /
 Judul LTA : ACUAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. X DI PMB,
 SRI AMIK, Amd. Keb. DESA PULUHEDOWO KECAMATAN
 TUMPATI KABUPATEN MALANG

TGL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
30/01/19	Perbaiki warna logo pada cover, perbaiki isi kata pengantar, perbaiki batasan masalah tujuan	 Naimah, S.KM, M.Kec.
31/1/19	Acc ujian proposal LTA	 Naimah, S.KM, M.Kec.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Tri Yulianti Ningsih Maulidiyah
 NIM : 1602100034
 Nama Pembimbing : Naimah, S.KM., M.Kes.
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. A di PMB Sri Anik, S.Tr. Keb Desa Pulungdowo Kecamatan Tumpang

TGL	SARAN	TTD PEMBIMBING
17/19 /5	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB IV pada riwayat kesehatan, riwayat kontrasepsi, pola kebiasaan. - Perbaiki pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang - Tambah data penunjang pada diagnosa potensial - Perbaiki kata pada intervensi - Tambahkan contoh menu makanan hamil TMU - Perbaiki numbering, data subjektif, data objektif dan penatalaksanaan pada kunjungan 1, 3, 4 	 NAIMAH, S.KM., M.Kes.
28/19 /5	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan daftar isi dan daftar tabel - Perbaiki Bab II pada penulisan judul tabel, tabel, dan judul gambar dan penulisan lainnya. - Perbaiki Bab III pada kerangka konsep, metode pengumpulan data, dan etika prosedur pelaksanaan - Perbaiki Bab IV pada data objektif, identifikasi diagnosa aktual, penulisan pada identifikasi diagnosa potensial, penulisan pada intervensi, numbering pada implementasi, penulisan kata pada evaluasi. - Perbaiki kunjungan 2 pada penulisan data subjektif pemeriksaan fisik, analisa, dan penatalaksanaan - Perbaiki kunjungan 3 pada penulisan data subjektif, pemeriksaan fisik, dan analisa. - Perbaiki kunjungan 4 pada penulisan pemeriksaan fisik, analisa, dan penatalaksanaan. 	 NAIMAH, S.KM., M.Kes.



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Tri Yuliaty Ningsih Maulidiyah

NIM : 1602100034

Nama Pembimbing : Naimah, S.KM., M.Kes.

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. A di PMB Sri Anik, S.Tr. Keb Desa Pulungdowo Kecamatan Tumpang

TGL	SARAN	TTD PEMBIMBING
10/19 6	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki lembar pengerahan- Perbaiki penulisan daftar tabel- Perbaiki warna gambar KSPR- Perbaiki lembar persetujuan	 NAIMAH, S.KM., M.Kes.
11/19 6	ACC hasil LTA	 NAIMAH, S.KM., M.Kes.

Lampiran 13



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
Sri Anik, S.Tr. Keb.
Jl. Raya Pulungdowo RT 09 RW 04
Tumpang, Kabupaten Malang, Jawa Timur



Malang, September 2018

Kepada :

Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Di,-

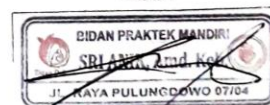
MALANG

Menindaklanjuti tentang permohonan pelaksanaan studi pendahuluan sebagai salah satu persyaratan kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA), saya selaku bidan di Kecamatan Tumpang Kabupaten Malang, yang digunakan sebagai tempat penelitian mahasiswa:

Nama : Tri Yuliati Ningsih Maulidiyah
NIM : 1602100034
Tingkat/Semester : III/V
Prodi : D-III Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. X di PMB Sri Anik,
S.Tr.Keb, Desa Pulungdowo, Kecamatan Tumpang, Kabupaten
Malang

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut diatas untuk melakukan studi pendahuluan di tempat saya. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Bidan



(Sri Anik, S.Tr.Keb.)

Lampiran 14





Lampiran 15



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
Email: bakabangpol@malangkab.go.id - Website: <http://www.malangkab.go.id>
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN

NOMOR 072/842/35.07.207/2019

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk Surat Dari Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Nomor: PP>04.03/5.0/1007/2019 Tanggal: 18 Maret 2019 Perihal: Ijin Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Ijin Penelitian oleh:

Nama / Instansi : Tri Yuliaty N.M
Alamat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang
Thema/Judul/Survey/Research : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny "X" Di PMB Sri
Anik, S.Tr.Keb
Daerah/tempat kegiatan : Di PMB Sri Anik, S.Tr.Keb
Lamanya : 21 Maret - 21 Mei 2019
Pengkut :

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 21 Maret 2019

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN MALANG



GATOT YUDHA SETIAWAN, AP., MM

Pembina Tingkat I
NIP. 19740326 199311 1 001

Tembusan :

Yth. Sdr.

1. Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang;
3. PMB Sri Anik, S.Tr.Keb;
4. Mhs/Ybs;
5. Arsip.

Lampiran 16



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
Sri Anik, S.Tr. Keb.
Jl. Raya Pulungdowo RT 09 RW 04
Tumpang, Kabupaten Malang, Jawa Timur



SURAT KETERANGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Anik, S.Tr.Keb.
Alamat : Jl. Raya Pulungdowo RT 09 RW 04, Tumpang, Kabupaten Malang

Memberikan keterangan dengan sebenarnya mahasiswa tersebut di bawah ini telah melakukan studi kasus dengan judul "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. A di PMB Sri Anik, S.Tr.Keb, Desa Pulungdowo, Kecamatan Tumpang, Kabupaten Malang":

Nama : Tri Yuliati Ningsih Maulidiyah
NIM : 1602100034
Tingkat/Semester : III/VI
Prodi : D-III Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Demikian surat keterangan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 1 Mei 2019
Bidan



(Sri Anik, S.Tr.Keb.)