

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ryesilia Oktavian Andjiryanti

NIM : P27824218036

Status : Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Kampus Magetan Politeknik

Kesehatan Kemenkes Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan continuity of care mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB untuk menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan. Demikian surat permohonan ini saya buat, atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan, Maret 2021

Yang menyatakan

Ryesilia Oktavian Andjiryanti
P27824218036

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN*(INFORM CONSENT)*

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :tahun

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus asuhan kebidanan secara *continuty of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB oleh Mahasiswi Prodi D III Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuty of care* tersebut.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magetan,.....2020

Yang Menyatakan

(.....)

Lampiran 3

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ryestilia Oktavian A.
NIM : P27824218036
Status : DIII Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2018-2019

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

**“ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. “M” MASA KEHAMILAN
TRIMESTER III, PERSALINAN, NIFAS, NEONATUS, DAN KELUARGA
BERENCANA DI PMB Ny. S NGARIBOYO MAGETAN”**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya kan menerima sanksi yang telah diterapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan, Maret 2021

Yang menyatakan

Ryestilia Oktavian Andjiryanti
P27824218036

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

Nama : Ryestilia Oktavian Andjiryanti

Tempat, tanggal lahir : Kediri, 5 Oktober 1999

Agama : Islam

Alamat : Jl. Jaksa Agung Suprpto Majenan Gang III Kota Kediri

Riwayat pendidikan :

1. SDN 01 Kendari Barat
2. SMPN 2 Kendari
3. SMA Katolik St. Augustinus Kota Kediri

Lampiran 5

Nama / Suami : Alamat :
 Tanggal lahir / umur : Telepon :
FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)
 Berilah tanda centang (✓)

GEJALA

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Demam / riwayat demam < 2 minggu		
2.	Batuk / pilek / nyeri tenggorokan < 2 minggu		
3.	Sesak napas		

FAKTOR RISIKO

NO.	PERTANYAAN FAKTOR RISIKO	YA	TIDAK
1.	Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkit di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala. Asal Kota : Kapan anda datang :		
2.	Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih : a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 b. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU ; c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi) ATAU ; d. Memiliki demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau ada riwayat demam, memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri atau kontak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri		
3.	Apakah ada keluarga yang baik atau mudik dari daerah terjangkit ? 1. Asal Kota : 2. Kapan anda datang :		
4.	Apakah Anda sedang hamil ?		
5.	Apakah Anda mempunyai Riwayat Penyakit Lain ?		

Menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan diatas adalah **BENAR**. Surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat, sadar dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun. jika dikemudian hari saya terbukti memberikan **KETERANGAN PALSU**, saya menyatakan sanggup dibawa ke **RANAH HUKUM**.

Magetan,.....

Petugas Skrining

Responden

Saksi

Materai
6000;

CARA PENILAIAN

Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Orang Dalam Pemantauan (PDP)	Kesimpulan (lingkari salah satu)
Gejala No.1 + No.2 + No. 3 DAN Faktor Resiko No. 1 ATAU Gejala No.1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih factor resiko No.2 dan No.3	Gejala No. 1 atau No. 2 DAN fasiko No.1 ATAU Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19	Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Orang Dalam Pengawasan (ODP) Bukan Keduanya

Lampiran 6

PENGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI PADA MASA PANDEMI

TABEL PENGGUNAAN APD			
No	Jenis Pelayanan	Status Ibu / BBL	Level APD Minimal
1	ANC dan PNC (bufas dan BBL)	BUKAN ODP/PDP/terkonfirmasi COVID-19	Level 1 (*)
2	ANC dan PNC (bufas dan BBL)	Ibu ODP	Level 1 (*)
3	ANC dan PNC (bufas dan BBL)	Ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19	Level 2
4	Persalinan	Ibu di zona hijau	Standar APN
5	Persalinan normal pervaginam	Ibu BUKAN ODP/PDP/terkonfirmasi COVID-19 di BUKAN zona hijau	Level 2 + Delivery Chamber
6	Persalinan normal pervaginam	Ibu ODP	Level 2 + Delivery Chamber (di RS)
7	Persalinan seksio sesaria	Ibu PDP dan terkonfirmasi COVID-19	Level 3 + ruangan operasi tekanan negatif atau modifikasi
8	BBL dari Ibu ODP/PDP/terkonfirmasi COVID-19 dengan status bayi bugar atau status bayi mengalami kegawatdaruratan neonatus		Level 2

(*) bila ada pemeriksaan membuka mulut atau yang menimbulkan aerosol, gunakan masker N95

APD Level 1 terdiri dari :

Penutup kepala
 Masker medis
 Face shield
 Handscoon
 Baju kerja
 Sepatu





APD Level 2 terdiri dari :

Penutup kepala
Kacamata / google
Masker N95
Face shield
Handsoon
Apron / gown
Sepatu boot



APD Level 3 terdiri dari :

Memiliki dokter spesialis obgyn, spesialis anak dan spesialis anestesi.
Memiliki APD sampai level 3
Memiliki ruang operasi bertekanan negative atau dengan mematikan AC atau modifikasi lain yang memungkinkan
Memiliki delivery chamber untuk persalinan pervaginam

Lampiran 7

**TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT
KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

Nama/Suami :
 Umur :
 Alamat :
 Status Gravida :
 Umur Kehamilan :
 Tanggal Skrining :

	FAKTOR RISIKO ANTENATAL	Ya	Tidak	FAKTOR RISIKO PERSALINAN	Ya	Tidak
1	Usia >35 tahun			Induksi persalinan		
2	BMI >30			Partus lama		
3	Grandemulti			- Kala I		
4	Postdate			- Kala II		
5	Makrosomia			- Kala III		
6	Gemeli			Epidural Analgesia		
7	Myoma			Vakum/forcep		
8	APB			Episiotomy		
9	Riwayat HPP			Korionnitis		
10	Riwayat SC			Riwayat SC		
	Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan

Tindak lanjut

Lampiran 8

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

NO	RIWAYAT IMUNISASI TT		PERNAH/ TIDAK DIIMUNISASI DPT/ DPT-HB/ DT/ TT/ Td	KESIMPULAN STATUS TT
	2		3	4
A	RIWAYAT IMUNISASI DPT/ DPT-HB SAAT BAYI			
	BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2			
B	RIWAYAT BIAS			
	1	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
		a. Kelas 6		
	2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 6		
	3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 5		
		c. Kelas 6		
	4	Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 4		
		c. Kelas 5		
		d. Kelas 6		
	5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 3		
		c. Kelas 4		
		d. Kelas 5		
		e. Kelas 6		
	6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		
		c. Kelas 3		
		d. Kelas 4		
	7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
		a. Kelas 1		
		b. Kelas 2		

	c. Kelas 3		
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2011		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTALIMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			

Keterangan :

1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang
2. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 ds) & kelas 6 perempuan (TT 2 ds)
3. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT)
4. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3
5. Vaksinansi CPW/ CATIN & BUMIL TT2 dosis dimulai 1984- 2000, TH 2001- SEKARANG HARUS DISKRINING LEBIH DULU
6. Interval minimal pemberian: TT1 ke TT2= 4 minggu, TT2 ke TT3= 6 bulan, TT3-TT4= 1 tahun, TT4-TT5= 1 tahun
7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid= T1= 0 tahun, T2= 3 tahun, T3= 5 tahun, T4= 10 tahun, T5= 25 tahun

Sumber : Kemenkes NO.1611/MENKES/SK/XI/2005. 2005. Tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi dalam Petunjuk Teknis Imunisasi TT. Jakarta

Lampiran 9

Kartu Skor Poedji Rochjati

I	II	III	I V					
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan				
		I		II	III.1	III.2		
		Skor Awal Ibu Hamil	2					
I	1	Terlalu muda hamil I ≤16 Tahun	4					
	2	Terlalu tua hamil I ≥35 Tahun	4					
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥4 Tahun	4					
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥10 Tahun	4					
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau 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.terikan tang/vakum	4					
	b. uri dirogoh	4						
	c. diberi infus/transfuse	4						
	10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah b. Malaria,	4					
		TBC Paru d. Payah Jantung	4					
		Kencing Manis (Diabetes)	4					
		Penyakit Menular Seksual	4					
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4					
	13	Hamil kembar	4					
	14	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/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA- WATAN	RUJUK- AN	TEMPAT	PENO- TONG	RUJUKAN		
						R D B	RDR	R T W
1	KDD	BIDAN	TIDAK DIRUJU K	RUMAH POLINDE S	BIDAN			
6-10	KDT	BIDAN / DOKTER	BIDA N PKM	POLINDES , PKM, RS	BIDAN DOKTER			
>10	KDST	DOKTER	RUMA H SAKIT	RUMA H SAKIT	DOKTER			

Lampiran 10

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA**Dilakukan pada Usia Kehamilan 12-28 Minggu**

Nama/Suami : Status Gravida :

Umur : Umur Kehamilan :

Alamat : Tanggal Skrining :

I	PEMERIKSAAN FISIK DAN ANAMNESIS				
			*	Ya	Tidak
	1	Riwayat Keluarga Pre Eklamsia			
	2	Primigravida			
	3	Primutua sekunder (jarak antar kehamilan >10 th)			
	4	Usia >35 tahun			
	5	Body Mass Index BB/TB ² >30/Obesitas*			
	6	Mean Arterial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3)>90*			
	7	Roll Over Test (perbandingan Diastolik Miring kiri (left lateral Recumbent) dan Terlentang (supine) >15mmHg			
		Hasil > 2 (Positif)			
II		Riwayat Khusus			
	1	Riwayat Hipertensi Dalam Kehamilan			
	2	Hipertensi Kronis			
	3	Kelainan Ginjal			
	4	Diabetes			
	5	Penyakit Autoimun			
		Hasil 1 positif			
III		Doppler Velosimetri Arteri Uterina > 16 minggu			
	1	Peningkatan resistensi dan atau			
	2	Notching (+)			
		Hasil 1 positif			
		Hasil Akhir Skrining			

Sumber : Kemenkes RI. 2020. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI

Keterangan :

** : Tulis hasil pemeriksaan

- Low dose Aspirin 1x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan
- Kalsium 1g/hari

OBSERVASI KALA 1 (Fase Laten $\emptyset < 4$ cm)

[illegible]

Lampiran 11

PARTOGRAF

No. Register

--	--	--	--	--	--

 Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--

 Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80	
Air ketuban Penyusupan		
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	Waktu (jam) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Kontraksi tiap 0 Menit	5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
Oksitosin U/L tetes/menit		
Obat dan Cairan IV		
• Nadi Tekanan darah	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	
Suhu °C		
Urin	Protein Aseton Volume	

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ 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

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan 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								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan
- ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
- ☐ Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 13



KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES SURABAYA JURUSAN
KEBIDANAN
PRODI KEBIDANAN MAGETAN



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode 63318
Phone : 0351-895216 Fax: 0351-891565
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
Email : admin@poltekkes-sby.ac.id

KARTU BIMBINGAN LPROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ryestilia Oktavian Andjiryanti
NIM : P27824218036
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan Trimester III
Persalinan Nifas Neonatus Dan Keluarga Berencana
Di PMB Wilayah Kabupaten Magetan
Pembimbing I : Ayesha Hendriana Ngestiningrum, SST., M.Keb

No	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	23-12-2020	Konsultasi BAB 1	
2.	9-01-2021	Konsultasi Revisi BAB 1 dan konsultasi BAB 2	
3.	19-01-2021	Konsultasi BAB 2	
4.	22-02-2021	Konsultasi BAB 2	
5.	02-03-2021	Revisi BAB 2	
6.	04-03-2021	Acc Ujian Proposal	
7.	15-03-2021	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2	
8.	16-03-2021	ACC Proposal	

Acc proposal tanggal 4 Maret 2021

Mengetahui,
Kaprosdi DIII Kebidanan Kampus
Magetan

Koordinator Akademik

Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb.
NIP. 19800 2222005012009

Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes.
NIP. 19690317198903200

Lampiran 14



KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES SURABAYA JURUSAN
KEBIDANAN
PRODI KEBIDANAN MAGETAN



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode 63318
Phone : 0351-895216 Fax: 0351-891565
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
Email : admin@poltekkes-sby.ac.id

KARTU BIMBINGAN **PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Ryestilia Oktavian Andjiryanti
NIM : P27824218036
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan Trimester III
Persalinan Nifas Neonatus Dan Keluarga Berencana
Di PMB Wilayah Kabupaten Magetan
Pembimbing II : Rahayu Sumaningsih, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	25-01-2021	Konsultasi BAB 1	
2.	02-03-2021	Konsultasi Revisi BAB 1 dan BAB 2	
3.	03-03-2021	Konsultasi Revisi BAB 1 dan BAB 2	

Acc proposal tanggal 3 Maret 2021

Mengetahui,
Kaprodidi III Kebidanan Kampus
Magetan

Koordinator Akademik

Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb.
NIP. 198002222005012009

Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes.
NIP. 196903171989032004

Lampiran 15



KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES SURABAYA JURUSAN
KEBIDANAN
PRODI KEBIDANAN MAGETAN



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode 63318
Phone : 0351-895216 Fax: 0351-891565
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
Email : admin@poltekkes-sby.ac.id

KARTU BIMBINGAN **PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Ryestilia Oktavian Andjiryanti
NIM : P27824218036
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan Trimester III
Persalinan Nifas Neonatus Dan Keluarga Berencana
Di PMB Wilayah Kabupaten Magetan
Penguji Utama : Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes.

No	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	12-03-2021	Konsultasi Revisi BAB 1 dan BAB 2	
2.	15-03-2021	Konsultasi Revisi BAB 2	
3.	16-03-2021	Konsultasi Revisi BAB 2	

Acc proposal tanggal 15 Maret 2021

Mengetahui,
Kaprodi DIII Kebidanan Kampus
Magetan

Koordinator Akademik

Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb.
NIP. 198002222005012009

Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes.
NIP. 196903171989032004

