

# LAMPIRAN

## BUKU KIA

Nomor Registrasi Ibu : 028  
 Nomor Urut di Kohort Ibu : 028  
 Tanggal menerima buku KIA : 16-01-2022  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan : Tuti Rusprayani, S.Tr.Keb

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu : Gita Mailla Sari  
 Tempat/Tgl. Lahir : 29 Tahun  
 Kehamilan ke : 1... Anak terakhir umur: ..... tahun  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : O+  
 Pekerjaan : IRT  
 No. JKN : .....

Nama Suami : Pranda Hidayat  
 Tempat/Tgl. Lahir : 26 Tahun  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : A+  
 Pekerjaan : Luluswasta

Alamat Rumah : Jl. Patimua 29 Banjaran  
 Kecamatan : Metro Utara  
 Kabupaten/Kota : Kota Metro  
 No. Telp. yang bisa dihubungi : 0857-0956-7993

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

\* Lingkari yang sesuai

### CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

**Diisi oleh petugas kesehatan**

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 22-12-2021  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 20-01-2022  
 Lingkar Lengan Atas: 34 cm; KEK ( ) Non KEK (✓) Tinggi Badan: 168 cm  
 Golongan Darah: O+  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: .....  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: Muntah  
 Riwayat Alergi: .....

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
16/01/22	Mual - Muntah	100/60	53	4mg	-	-	-
17/01/22	Mual - Muntah	100/70	51	8mg	-	-	-

### CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

**Diisi oleh petugas kesehatan**

Hamil ke: 1... Jumlah persalinan: 0... Jumlah keguguran: 0... C.I.: P.D.: A.O.  
 Jumlah anak hidup: ..... Jumlah lahir mati: .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan: ..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir: .....  
 Status imunisasi TT terakhir: 5 (bulan/tahun)  
 Penolong persalinan terakhir: .....  
 Cara persalinan terakhir\*: [ ] Spontan / Normal [ ] Tindakan

\* Beri tanda (-) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, upan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paral)	Kapan Harus Kembali
0/+	pp test ⊕	Batas B12 B6 ES	Dosis dengan Simetrelan 2x100		kontrol hap bulan
0/+		Batas B12 B6 ES	Pemeriksaan lanjutan		kontrol hap bulan
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

Lampiran 1

### IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tuti Puspitasari, S.Tr.Keb

Alamat : Banjarsari, Metro Utara Kota Metro

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Sinta Permata Dewi

NIM : 1915471019

Semester : VI

Telah mengambil studi kasus Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. G dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Puskesmas Banjarsari Metro Utara Kota Metro sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan, program studi D III Kebidanan Metro Politeknik Kesehatan Tanjung Karang

Banjarsari Februari 2022

Pimpinan PMP Tuti Puspitasari



Tuti Puspitasari, S.Tr., Keb

NIP. 198709272009022003

## SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini

Nama : Ny. GITA MAILA SARI  
Umur : 24 Tahun  
Alamat : Banjarsari  
Kasus yang diangkut : Ibu Hamil

Dengan ini bersedia untuk dijadikan sebagai responden laporan tugas akhir, yang dilakukan oleh :

Nama Mahasiswa : SINTA PERMATA DEWI  
NIM. : 1915471019  
Tingkat/Kelas : 3/ Reguler 1  
Tempat Praktik : PMB Tuti Puspitasari S.Tr.,Keb  
Judul Kasus LTA : Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. G dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat 1 di Puskesmas Banjarsari Metro Utara Kota Metro

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Metro, Februari 2022

Mengetahui

Pembimbing Lapangan



TUTI PUSPITASARI S.Tr., Keb  
NIP. 198709272009022003

Yang Membuat Pernyataan



GITA MAILA SARI

Lampiran 3

### INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gita Maila Sari

Umur : 24 tahun

Alamat : Banjarsari

Kasus yang diangkat : Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. G dengan  
Hiperemesis Gravidarum Tingkat 1 di Puskesmas  
Banjarsari Metro Utara Kota Metro

Selaku orangtua dari anak saya, bersama ini menyatakan kesediaan untuk  
dijadikan dilakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil.

Persetujuan ini saya berikan setelah mendapat penjelasan dari pelaksana asuhan:

Nama mahasiswa : Sinta Permata Dewi

NIM : 1915471019

Tingkat/Kelas : 3/Reguler 1

Tempat Praktik : PMB Tuti Puspitasari, S.Tr.Keb

Sebagaimana berikut ini :

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil ini bertujuan untuk membantu memberikan asuhan pada ibu hamil. Namun demikian, sebagaimana dijelaskan terdahulu, setiap tindakan mempunyai resiko baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Telah pula menjelaskan bahwa akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan terhadap ibu hamil, dan menghindari kemungkinan resiko, agar diperoleh hasil asuhan yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas, sudah saya maklumin dan jelaskan dengan kalimat yang jelas dan saya mengerti sehingga saya memaklumi arti tindakan atau asuhan kebidanan bayi baru lahir yang dilakukan.

Dengan demikian terjadi kesepahaman diantara saya dan pelaksanaan asuhan tentang upaya serta tujuan tindakan, untuk mencegah timbul masalah hukum dikemudian hari. Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa palsu dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pelaksana

Sinta Permata Dewi

Banjarsari, Februari 2022  
yang membuat pernyataan



Gita Maila Sari



Tuti Puspitasari, S.Tr., Keb  
NIP. 198709272009022003

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama : Sinta Permata Dewi  
 NIM : 1915471019  
 Judul : Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Puskesmas Banjarsari Metro Utara Kota Metro  
 Pembimbing Utama : Yoga Triwijayanti, SKM., MKM  
 Pendamping Pembimbing : Sumiyati, S.Pd., M.Pd

No	Hari/ Tgl	Materi Bimbingan	Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing I	Paraf Pembimbing II
1	02 Februari 2022	Konsultasi pasien LTA untuk masing- masing studi kasus	Lakukan pengkajian kasus LTA	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
2	03 Februari 2022	Konsultasi Judul	ACC judul	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
3	14 Februari 2022	Konsultasi Bab I-II	Lengkapi dan pelajari bagian Bab I-II	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
4	17 Februari 2022	Konsultasi BAB I dan teknik penulisan	Perbaikan pengetikan judul dan BAB I Latar belakang	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	 Sumiyati, S.Pd., M.Pd

5	16 Maret 2022	Konsultasi Penulisan BAB II-III	Perbaikan Penulisan BAB II-III	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
6	3 Mei 2022	Konsultasi Perbaikan Bab I-III	Perbaikan Teknik penulisan tabel, BAB I dan III	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	 Sumiyati, S.Pd., M.Pd
7	20 Mei 2022	Konsultasi BAB IV	Perbaikan BAB IV	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
8	31 Mei 2022	Konsultasi Perbaikan Bab I-V	Perbaiki Teknik penulisan sesuai panduan Bab I- V	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
9	3 Juni 2022	Konsultasi Perbaikan BAB IV-V	Perbaikan Penulisan, BAB IV-V	 Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
10	7 Juni 2022	Perbaikan Penulisan, BAB IV-V	Konsultasi Perbaikan Bab III -V		 Sumiyati, S.Pd., M.Pd

11	14 Juni 2022	Konsultasi Perbaikan Bab III dan IV	Perhatikan Teknik penulisan, Tambah kan teori 7 langkah Varney, Bab IV dan V sesuaikan dengan 7 langkah Varney	✓ Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	
12	17 Juni 2022	Konsultasi Perbaikan Bab II, IV dan V	Perbaikan Bab II, III, IV dan Lampiran	✓ Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	Sumiyati, S.Pd., M.Pd
13	19 Juni 2022	Konsultasi BAB I-V	ACC		Sumiyati, S.Pd., M.Pd
14	20 Juni 2022	Konsultasi BAB I-V	ACC	✓ Yoga Triwijayanti, SKM.,MKM	

Metro, 20 Juni 2022

Ketua Program Studi DIII Kebidanan Metro



Islamiyati, AK., MKM  
NIP.197204031993022001

**LEMBAR PERBAIKAN  
MAHASISWA TINGKAT III PRODI DIII KEBIDANAN METRO  
POLTEKKES TANJUNG KARANG**

---

Nama Mahasiswa : Sinta Permata Dewi  
NIM : 1915471019  
Kelas : DIII Tingkat III REG I Semester VI  
Penguji Utama : Martini Fairus, S.Kep., Ns., M.Sc

No	Materi Sebelum Diperbaiki	Sesudah Diperbaiki
1	Tambahkan teori di BAB II mengenai kebutuhan gizi pada ibu hamil	Teori di BAB II telah di tambahkan
2	Melengkapi data obyektif pada BAB III	Data obyektif pada BAB III sudah dilengkapi
3	Perbaiki penatalaksanaan pada kunjungan awal dan penatalaksanaan pada kunjungan ulang	Penatalaksanaan telah diperbaiki
4	Membuat leaflet tentang teknik pemijatan akupresure dititik P6 dan ST36	Leaflet sudah ditambahkan

**Penguji Utama**



**Martini Fairus, S.Kep., Ns., M.Sc  
NIP. 197008021990032002**