












## LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama : Liza Luthfia Permana  
 NIM : 22070004  
 Judul KTI : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. D GIP/10 di Puskesmas Legak  
 Kabupaten Wajo  
 Pembimbing : 1. Pilat Christotin  
 Riscu Hicita H. S. S. 144

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Pembimbing	
			Saran	Paraf
1.	Senin, 17 Februari 2025	Judul & Bab 3	Sesuai dan penastik/keas des kasus	
2.	Rabu, 19 Februari 2025	Bab 3	Tambahkan munitasi di kurang banyak	
3.	Jumat, 28 Februari 2025	Bab 1	Perbaiki latar belakang data kurang banyak	
4.	11 April 2025	Bab 1 & 2	Perbaiki latar belakang Tambahkan teori persalinan des kasus	
5.	14 April 2025	Bab 1 & 2	Perbaiki latar belakang dan tips kurang	
6.	15 April 2025	Bab 4	Tambahkan teori persalinan des kasus	
7.	16 April 2025	Bab 4 & 5	Perbaiki saran sesuaikan bab 1	
8.	20 April 2025	Cover & Bab 1 - 5	Perbaiki & lengkapi cover	
9.	21 April 2025	Acc	Acc	



## POLITEKNIK HARAPAN BERSAMA

The True Vocational Campus

3D.1.3.k

Lampiran 26 : Formulir Informed Consent Pasien

PHB.KBD.1.3.1

### INFORMED CONSENT (PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI PASIEN KOMPREHENSIF)

Asuhan Kebidanan Komprehensif merupakan Asuhan Kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai Hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan, dan mampu mengantisipasi seluruh masalah pada kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

Nilai

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Desi Nur Safitri  
Umur : 21 tahun  
Pendidikan Terakhir : Smp  
Pekerjaan : Karyawan Swasta  
Alamat : Kesuhun  
No. HP : 0855 4613 5117

Bahwasanya,

1. Saya telah diberikan penjelasan yang tentang tujuan dari pendampingan komprehensif yang akan saya terima selama kehamilan hingga nifas saya.
2. Saya telah diberikan penjelasan rinci tentang prosedur-prosedur yang akan dilakukan selama pendampingan komprehensif ini.
3. Saya telah diberi tahu tentang potensi risiko yang terkait dengan pendampingan komprehensif ini, seperti kemungkinan ketidaknyamanan yang mungkin muncul selama proses ini.
4. Saya telah diberi tahu tentang manfaat yang mungkin saya dapatkan
5. Saya telah diberitahu bahwa ada perawatan nifas komplementer yang akan dilakukan.
6. Saya memahami bahwa informasi pribadi saya akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk tujuan perawatan dan penelitian yang dijelaskan dalam informed consent ini
7. Saya menyadari bahwa saya memiliki hak untuk menolak pendampingan komprehensif ini tanpa konsekuensi negatif terhadap saya.
8. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendiskusikan setiap pertanyaan atau kekhawatiran yang saya miliki, dan semua pertanyaan saya telah dijawab dengan memadai.

Saya dengan sukarela memberikan persetujuan saya untuk menjalani pendampingan komprehensif ini sebagai bagian dari penelitian mahasiswa Prodi Kebidanan di Politeknik Harapan Bersama.

Tegal, 27 September 2024

Pasien

Mahasiswa

( Desi Nur Safitri )

( Liza Lutfio-P. )

80

81

ian@poltektegal.ac.id

Jl. Mataram No. 9 Kota Tegal 52143, Jawa Tengah, Indonesia.

(021) 1352000

Scanned with CamScanner

kebidanan@poltektegal.ac.id

poltektegal.ac.id

## LAMPIRAN

PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA				
(Bukan Kolom Pencatatan Hasil Pemeriksaan)				
Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan				
HPHT: 21-24	Trimester I	Trimester II	Trimester III	
Tgl Periksa:	21-2-24	24/2-24		
Tempat Periksa:	DPM	puskesmas		
Timbang BB	41	40.8		
Pengukuran Tinggi Badan	151			
Ukur Lingkar Lengan Atas	21.5			
Tekanan Darah	117/71	99/60		
Periksa Tinggi Rahim		6 x 14		
Periksa Letak dan Denyut Janin	4-6 x 1			
Status dan Imunisasi Tetanus	tidak ada			
Konseling		421 x 1465		
Skrining Dokter				
Tablet Tambah Darah	x	pas 16 bul		
Test Lab Hemoglobin (Hb)	16.6	(3.7)		
Test Golongan Darah	A			
Test Lab Protein Urine		(34)		
Test Lab Gula Darah	83			
Pemeriksaan USG				
PPIA				
Tata Laksana Kasus	ke rumah			
Ibu Bersalin 15-10-24	Fasyankes:		Rujukan:	
Taksiran Persalinan:				
Iniiasi Menyusu Dini				
Ibu Nifas (6 jam - sampai 42 hari setelah bersalin)	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (29-42 hari)
Tanggal Periksa:				
Tempat Periksa:				
Periksa Payudara (ASI)				
Periksa Perdarahan				

KARTU KESEHATAN IBU		Tanggal Kembali	Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf
Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan, Saran			
<p>Ukr = 27<sup>15</sup></p> <p>Ceset lupan. Djj @ 150</p> <p>Tbj 930 gr ♀</p> <p>Ak = camp</p> <p>Precede Anu</p>	<p>BB = 55</p> <p>TP = 130/90</p> <p>KLINIK UTAMA PKU MUH. LEMBARU dr. YOGI AFFIANDI, Sp.OG (K) (K) No. SIP 440/SIPDS/17/02/2004/17/02/2004</p>		
<p>21/24</p> <p>9</p> <p>u : 200g!</p> <p>- Janin tunggal, Intrauterin, Djj (f)</p> <p>- Ak camp (f) monaufang, Precep</p> <p>du ♀, Tbj : 1410gr</p> <p>sp 1 x 1</p> <p>calc 1 x 1</p> <p>Ano</p> <p>Fel: -</p> <p>T. 100/90. BB : 58 kg.</p> <p>Hm 9.0</p>	<p>BB 58</p> <p>TP 130/90</p> <p>lg</p> <p>Precede</p>		





## CURRICULUM VITAE ( CV )



1. Nama : Liza Luthfia Permana
2. NIM : 22070006
3. Tempat Tanggal Lahir : Purwokerto, Banyumas 01 Maret 2004
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Islam
6. No. Hp : 0881011795177
7. Alamat Email : [permanalizaluthfia@gmail.com](mailto:permanalizaluthfia@gmail.com)
8. Alamat : sumurpanggang RT06/ RW02, margadana
9. Pendidikan :
  - a. TK Pertiwi Kebanggan : Lulus Tahun 2010
  - b. SD Negeri 1 Kebanggan : Lulus Tahun 2016
  - c. SMP Negeri 2 Sumbang : Lulus Tahun 2019
  - d. SMA Negeri Sokaraja : Lulus Tahun 2022
  - e. D3 Kebidanan Politeknik Harapan Bersama : Lulus Tahun 2025
10. Judul TA :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. D USIA 21 TAHUN  
G1P0A0 DI PUSKESMAS LEBAKSIU KABUPATEN TEGAL( Studi Kasus  
Anemia Ringan dan Kekurangan Energi Kronik dengan Penerapan Breast Care)