LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN
PADA NY "S" MASA HAMIL SAMPAI DENGAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA
DI PMB ROWANI Amd, Keb. SIDOJANGKUNG MENGANTI GRESIK

No	Kegiatan	Februari				Maret				April					Mei				Juni				Juli				Agustus			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pelaksanaan Asuhan																													
2	Penyusunan Proposal																													
3	Bimbingan																													
4	Ujian Proposal																													
5	Penyusunan LTA																													
6	Persiapan Ujian LTA																													
7	Ujian LTA																													

Lampiran 2 Surat Permohonan Data Dinas Kesehatan

PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Nomor 046/II.3.UMG/PBdn/F/2020
Lamp. : -
Hal : *Surat Pengantar Ijin LTA*

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Gresik
di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berkenaan dengan tugas penyusunan skripsi bagi mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama	:	**Adelia Oktaviani**
NPM	:	1711.002
Alamat	:	Delegan Panceng Gresik
Tujuan	:	Mengambil Data AKI, AKB, Kehamilan, Persalinan, BBL,Bayi,Balita,KB, Nifas Mulai Indonesia,Kabupaten, puskesmas pada Tahun 2019- Sekarang

Kami mengharap bantuan untuk memberikan kesempatan pada mahasiswa kami dalam melakukan penelitian guna memperoleh Data untuk menyusun LTA pada instansi yang Ibu pimpin.

Perlu kami sampaikan bahwa Data yang diperoleh tidak akan dipergunakan untuk hal-hal yang merugikan instansi Ibu.

Demikian untuk dimaklumi, atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 13 Maret 2020
Pjs. Ka. Prodi,

Lulik Yuliati, S.Si.T., MPH

Tindasan:
1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT
0071/LAM-PTKes/Akr/Dip/IX/2015

The Power of Islamic Entrepreneurship
Jl. Sumatera 101 Gresik Kota Baru (GKB) Gresik, 61121 Telp: (031) 3951414, Fax: (031) 3952585 Website: http://www.umg.ac.id, Email: info@umg.ac.id

Lampiran 3 Surat Balasan Dinas Kesehatan

PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN (BAPPEDA)
Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209, 3952812
Website : http://bappeda.gresik.go.id email : bappeda@gresikkab.go.id
GRESIK

Gresik, 13 Maret 2020

Nomor : 070/104/437.71/2020
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Ijin LTA

Kepada
Yth. Ka. Prodi Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik
di -
Gresik

Dasar :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Ka. Prodi Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik Nomor : 046/II.3.UMG/PBdn/F/2020 tanggal 13 Maret 2020 Perihal Surat Pengantar Ijin LTA.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya kegiatan yang dilakukan oleh:

1.	Nama	:	Adelia Oktaviani
2.	NIM/NIK/NIDN	:	1711.002
3.	Pekerjaan	:	Mahasiswa
4.	Alamat	:	Linkungan Glora Dalegan Rt.003 Rw.003 Desa Dalegan Kec. Panceng Kab. Gresik
5.	Keperluan dilakukannya survey/penelitian/KKN	:	Untuk Melaksanakan Penelitian dengan judul "Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada NY "X" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di PBM Rowani, A.Md. Kebidanan Desa Sidojangkung Menganti Gresik"
6.	Tempat melakukan survey/penelitian/KKN	:	Kab. Gresik
7.	Waktu Pelaksanaan survey/penelitian/KKN	:	13 Maret - 13 Juni 2020
8.	Peserta/Pengikut	:	-

Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Lahan Praktek

PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Nomor : 044/II.3.UMG/PBdn/F/2020
Lamp. : -
Hal : *Surat Pengantar Ijin Penelitian*

Kepada Yth.
Rowani Amd.,Keb
Desa Sidijagung Menganti Gresik
di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berkenaan dengan tugas penyusunan skripsi bagi mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama	:	**Ade Ferry Sunaryati**
NPM	:	1711001
Alamat	:	Banyu Tengah Panceng Gresik
Judul LTA	:	Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny. "X" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di PBM Rowani Amd ,Keb Desa Sidijagung Menganti Gresik

Kami mengharap bantuan untuk memberikan kesempatan pada mahasiswa kami dalam melakukan penelitian guna memperoleh Data untuk menyusun LTA pada instansi yang Ibu pimpin.

Perlu kami sampaikan bahwa Data yang diperoleh tidak akan dipergunakan untuk hal-hal yang merugikan instansi Ibu.

Demikian untuk dimaklumi, atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 12 Maret 2020
Ketua Prodi,

Lutfik Yuliati, S.SiT., MPH

Tindasan:
1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT

Lampiran 5 Surat Balasan Permohonan Izin Lahan Praktek

PRAKTIK MANDIRI BIDAN
BIDAN ROWANI, Amd.Keb
SIDOJANGKUNG MENGANTI GRESIK

Bidan Delima
PELAYANAN BERKUALITAS

Gresik, 12 Maret 2020

Nomor : -
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Balasan Permohonan Lahan Praktek

Kepada
Yth. KaProdi DIII Kebidanan Fak Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gresik
Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudari perihal permohonan lahan praktek untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik. Maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di PMB Rowani, Amd.Keb Sidojangkung Menganti Gresik

Telah betul – betul melakukan praktek diwilayah kerja kami di PMB Rowani, Amd.Keb Sidojangkung Menganti Gresik.

Praktek Mandiri Bidan

ROWANI, Amd.Keb.
No. SIB : 446/5[illegible]/437/[illegible]2/DINKES 2018
Ds. Sidojangkung RT. 08 RW. 03
Menganti, Gresik

Rowani, Amd.Keb

Lampiran 6 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ade Ferry Sunaryati

NIM : 1711.001

Adalah mahasiswa Prodi DIII Fakultas Kebidanan Universitas Muhammadiyah Gresik. Sebagai pernyataan kelulusan di semester enam, saya ditugaskan untuk melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Hamil – Bersalinan – Nifas – Bayi Baru Lahir – Neonatus – Keluarga Berencana) dan menyusun Laporan Tugas Akhir sebagai bentuk dokumentasi asuhan yang telah dilaksanakan.

Tujuan kegiatan ini adalah sebagai aplikasi keterampilan kebidanan yang telah kami dapatkan selama lima semester pembelajaran teori dan praktik. Oleh karena itu, **saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden dan saya beri asuhan kebidanan (pemeriksaan dan perawatan) pada saat kehamilan sampai KB.** Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Atas bantuan dan kerjasamanya yang telah diberikan, saya mengucapkan terima kasih.

Gresik, 15 maret 2020

Mahasiswa

ADE FERRY SUNARYATI
NIM: 1711.001

Lampiran 7 Persetujuan Sebagai Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : SUCIATI NUR CAHYANI

Umur : 31 tahun

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga.

Alamat : MSI AD RT 31/06 Menganti Gresik.

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden, Saya bersedia untuk diperiksa dan diberikan perawatan sesuai dengan kebutuhan saya pada saat hamil, bersalin, perawatan bayi, masa nifas, dan pelayanan keluarga berencana. Saya telah diberikan penjelasan bahwa hasil pemeriksaan dan perawatan akan digunakan untuk menyususn Laporan Tugas Akhir sebagai salah satu syarat kelulusan semester akhir di Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik.

Saya telah diberitahu peneliti bahwa data yang diambil bersifat rahasia dan hanya dipergunakan untuk keperluan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu dengan sukarela saya ikut berperan serta untuk menjadi responden.

Gresik, 15 maret 2020

Responden

(SUCIATI NUR CAHYANI)

Lampiran 8 Lembar Identitas Ibu Hamil

Nomor Registrasi Ibu : 90.19
Nomor Urut di Kohort Ibu :
Tanggal menerima buku KIA :
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: 081217 12963

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : SUCIATI NUR CAHYANI
Tempat/Tgl. lahir : 31 Tahun
Kehamilan ke : II Anak terakhir umur: 9 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/(SMP)/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : -
Pekerjaan : IRT
No. JKN :

Nama Suami : DARPODONO
Tempat/Tgl. lahir : 31 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/(SMU)/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah :
Pekerjaan : Swasta

Alamat Rumah : MSI AD RT 31/06
Kecamatan : Menganti
Kabupaten/Kota : Gresik
No. Telp. yang bisa dihubungi : 082143042476

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

** Lingkari yang sesuai*

viii

Lampiran 9 Catatan kesehatan Ibu Hamil

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 06 - 07 - 2019.
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 13 - 04 - 2020.
Lingkar Lengan Atas: 26 cm; KEK (–), Non KEK (–) Tinggi Badan: 150 cm
Golongan Darah: A+.
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Pil
Riwayat Penyakit yang diderita ibu: gemeli ⊖, sesak ⊖, jantung ⊖
DM ⊖, TBC ⊖.
Riwayat Alergi: obat ⊖ / makanan ⊖.
IMT = 29,9

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
9/19 11	faa.	110/70	55	16 mgg	pteghu symp 1/3 P st		⊕ 148 x/mnt.
19/19 12	faa	95/60	56	23 mgg	23		⊕ 156 x/mnt
19/20 1	faa	110/70	60	27 mg	26	kep U	⊕ 148 x/mnt.
20/20 2	faa	100/70	61	30/31	29,5	kep U	⊕ 143 x/mnt.
2/20 3	faa.	110/70	59	34 mg	31	kep U	⊕ 145 x/mnt.
15/20 3	faa.	100/70	60	36 mg	31	kep U	⊕ 148 x/mnt.
7/20 4	faa.	100/70	58	39	33	kep U	⊕ 150 x/mnt
9/20 04	keluar darah	100/80	60	39	33	kep U	⊕ 157 x/mnt

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...II... Jumlah persalinan ...1..... Jumlah keguguran ...-..... G ...2... P ...1... A ...0...
Jumlah anak hidup ...1..... Jumlah lahir mati ...-.....
Jumlah anak lahir kurang bulan ...-..... anak
Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir ...9 tahun.....
Status imunisasi TT terakhir .....[bulan/tahun]
Penolong persalinan terakhir ...Bidan.....
Cara persalinan terakhir** : [✓] Spontan/Normal [ ] Tindakan ...SPT-B.....

** *Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai*

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	PP tes ⊕	Ulonal-F, gestamin kaki	Pak, Nutrisi tanda bahaya TM II baca KIA	Bpm sdj	1 bln 19
-/+	MAP = 71,6 ⊖ ROT = 0 ⊖	gestamin samsarvit sanicoblon	Isti ANC terpada	Bpm sdj	1 bln 19-1-20
-/+	HB = 12,5 gr	etablon V-calc, Folic	Ist nutrisi	Bpm sdj	1 bln 19-2-20
-/+	Sifilis ⊖ HIV ⊖	Ulonal-F kalk calbiet	nutrisi	Bpm sdj	1 bln 19
-/+	Protein ⊖ HIV NR	calvin, kalk etablon	Jaga kebersihan jaga daya tubuh	Bpm sdj	1 bln 19
-/+		Bundavin	nutrisi, Aktivitas Isti, tanda bahaya TM III tanda persalinan, perawatan payudara persiapan bersalin	Bpm sdj	2 mgs
-/+					
-/+		Alinamin-F	nutrisi, Aktivitas Isti, tanda persalinan	Bpm sdj	1 mgs
-/+					
-/+					
-/+					

Lampiran 10 Lembar KSPR

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

Nama : SUCIATI NUR CAHYANI
Umur Ibu: 21 Th.
Hamil ke 2 Haid terakhir tgl 06-07-2019
Perkiraan persalinan tgl: 13-04-2020
Pendidikan ibu : SMP
Suami : Dr. PODORO
Pekerjaan ibu : IRT
Suami : .....

I	II	III	IV				
KEL. F.R	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	Tribulan II	Tribulan III.1	Tribulan III.2
		Skor Awal ibu Hamil	2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 Th	4				
		b. Terlulu tua, hamil 1 > 35 Th	4				
	3	Terallu 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 Th	4				
	7	Teralu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah Melahirkan dengan					
		a. Tarikan tang/vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	hamil Kembar air (hidraminon)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR		2	2	2	2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN RDB	RUJUKAN RDR	RUJUKAN RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	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

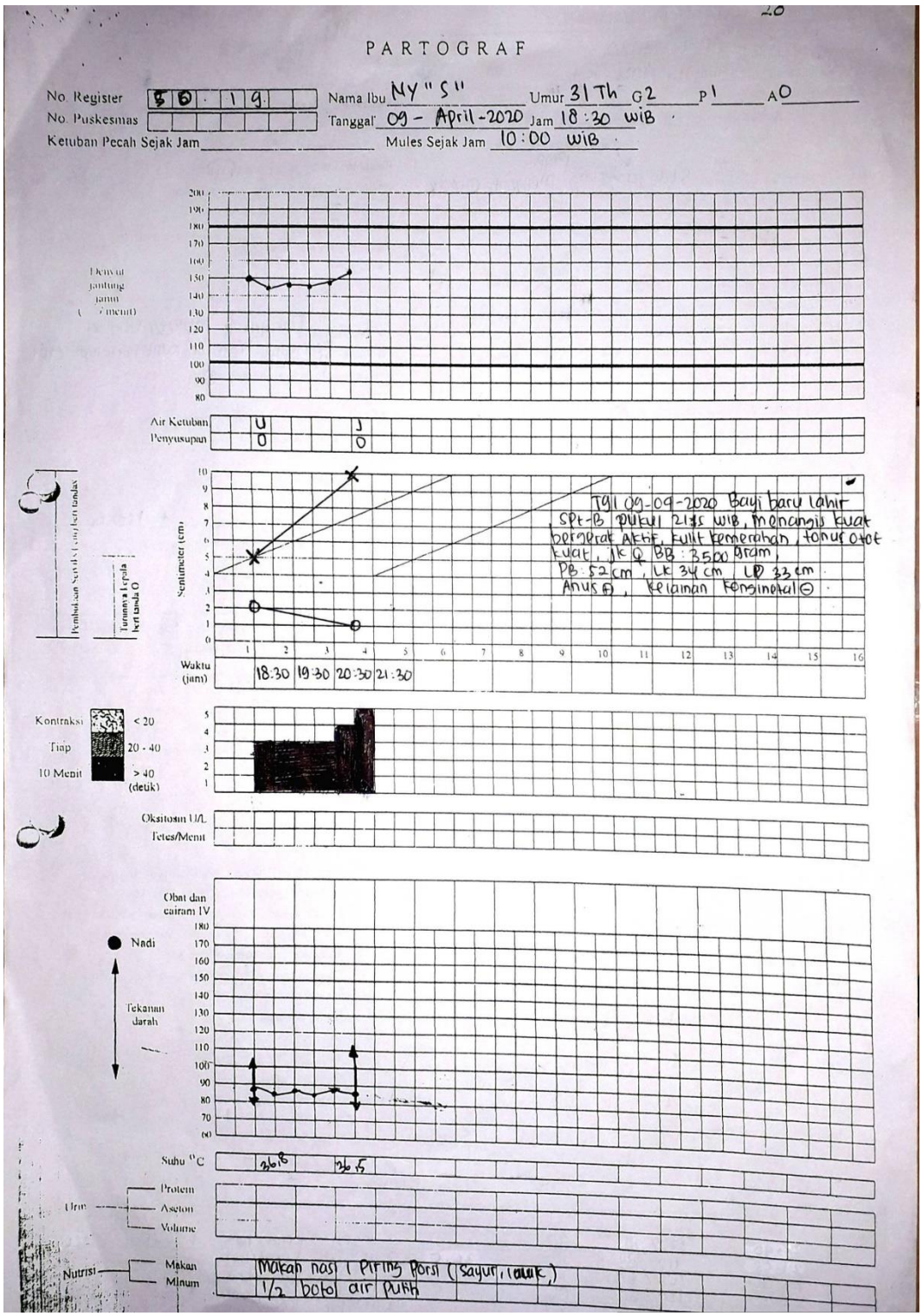
Lampiran 11 Lembar Penampisan

PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

		Ya	Tak
1	Riwayat bedah sesar		✓
2	Perdarahan pervaginam		✓
3	Persalinan kurang bulan (< 37 mg)		✓
4	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental		✓
5	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)		✓
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 27 mg)		✓
7	Ikterus		✓
8	Anemi berat		✓
9	Tanda / gejala infeksi		✓
10	Pre eklansi / hypertensi dalam kehamilan		✓
11	Tfu 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat janin		✓
13	Premi para fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		✓
14	Presentasi bukan Belakang Kepala		✓
15	Presentasi ganda		✓
16	Kehamilan gemeli		✓
17	Tali pusat menumbung		✓
18	Syok		✓

Lampiran 12 Lembar Partograf



PARTOGRAF

No. Register 5 6 . 1 9 Nama Ibu NY "S" Umur 31 Th G2 P1 A0

No. Puskesmas Tanggal 09 - April - 2020 Jam 18:30 WIB

Ketuban Pecah Sejak Jam Mules Sejak Jam 10:00 WIB

Denyut jantung janin (7 menit)

Air Ketuban U J

Penyusupan 0 0

Pembukaan Servik (huruf tanda X)

Turunnya kepala bert tanda O

Sentimeter (cm)

Tgl 09-04-2020 Bayi baru lahir SPt-B pukul 21.35 WIB, menangis kuat bergerak aktif, kulit kemerahan, tonus otot kuat, jk ♀ BB : 3500 gram, PB : 52 cm, LK 34 cm, LD 33 cm. Anus (+), kelainan konsinital (-).

Waktu (jam) 18:30 19:30 20:30 21:30

Kontraksi Tiap 10 Menit < 20 20 - 40 > 40 (detik)

Oksitosin U/L Tetes/Menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C 36,8 36,5

Urin Protein Aseton Volume

Nutrisi Makan Minum Makan nasi 1 Piring Porsi (Sayur, lauk) 1/2 botol air putih

Lampiran 13 Lembar belakang partograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 09 - April - 2020
2. Nama Bidan : Rowani, Amd. Keb
3. Tempat Persalinan :
   - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
   - ☐ Polindes ☐ Klinik Swasta
   - ☐ Rumah Sakit ☑ Lainnya : PMB
4. Alamat tempat persalinan : Sidojansteuns Mangantl Gresik.
5. Catatan , Rujuk, Kala : I /II/ III/ IV
6. Alasan Merujuk : -
7. Tempat rujukan : -
8. Tanggal Rujukan : -
9. Pendamping saat merujuk :
   ☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada
10. Masalah dalam kehamilan / persalinan ini :
    ☐ Gawat darurat ☐ Pendarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

11. Partograph melewati garis waspada : Y(T)
12. Masalah lain, Sebutkan : -
13. Penatalaksanaan masalah tsb. : -
14. Hasilnya : -

KALA II

15. Episiotomi
    ☑ Ya, indikasi : Perinium kaku
    ☐ Tidak
16. Pendamping pada saat Persalinan :
    ☐ Teman ☑ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada
17. Gawat Janin
    ☐ Ya, Tindakan yang dilakukan : -
    a. .....
    b. .....
    ☐ Tidak
    ☐ Pemantauan DJJ setiap 5- 10 Menit selama KALA II, Hasil : .....
18. Distosia Bahu
    ☐ Ya. Tindakan yang dilakukan : -
    ☐ Tidak
19. Masalah lain, Penatalaksanaan masalah tsb : -
20. Hasilnya : -

KALA III

21. Inisiasi menyusu dini :
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, Alasan : .....
22. Lama Kala III : 5 Menit
23. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
    ☑ Ya , Waktu : ..... Menit sesudah persalinan
    ☐ Tidak, alasan : .....
    Penjepit tali pusar 2 Menit Setelah bayi lahir
24. Pemberian Ulang Oksitosin (2X)?
    ☐ Ya, alasan : .....
    ☑ Tidak
25. Penegangan tali pusar terkendali ?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasan : -
26. Massase Fundus Uteri ?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, Alasan : -
27. Plasenta lahir lengkap (Intact / Ya / Tidak
    Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan
    a. -
    b. .....
28. Plasenta tidak lahir > 30 Menit ;
    ☑ Tidak
    ☐ Ya. Tindakan -
29. Laserasi
    ☑ Ya. Dimana Derajat II Mukosa vagina, komissura
    ☐ Tidak Posterior, kulit Perinium, otot Perinium
30. Jika Laserasi perinium , derajat: 1/2/3/4
    Tindakan :
    ☑ Penjahitan, Dengan / ~~Tanpa~~ Anestesi
    ☐ Tidak dijahit, Alasan -
31. Atoni Uteri :
    ☐ Ya, Tindakan -
    ☑ Tidak
32. Jumlah darah yang keluar / Pendarahan : ± 150 cc
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut
    .....
    Hasilnya : -

KALA IV

34. Kondisi ibu : KU baik, TD 110/70 mmHg, Nadi 83 x/mnt, Nafas 20 x/mmHg
35. Masalah dan Penatalaksanaan Masalah .....

BAYI BARU LAHIR

36. Berat Badan 3500 Gram
37. Panjang Badan 52 Cm
38. Jenis Kelamin : L/P
39. Penilaian bayi baru lahir (baik) / Ada penyulit
40. Bayi lahir :
    ☑ Normal, Tindakan :
    - ✓ Mengeringkan
    - ✓ Menghangatkan
    - ✓ Rangsangan taktil
    - ✓ Memastikan IMD atau naluri menyusu segera
    ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, Tindakan
    - Mengeringkan
    - Rangsang taktil
    - Bebaskan jalan nafas
    - Menghangatkan
    - Bebaskan jalan nafas, Sebutkan .....
    - Pakaian / selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ Cacat bawaan, sebutkan -
    ☐ Hipotermi, Tindakan :
    a. -
    b. -
    c. -
41. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    ☑ Ya, Waktu : 1 Jam setelah bayi lahir
    ☐ Tidak , Alasan -
42. Masalah lain. Sebutkan : -
    Hasilnya : -

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yang keluar
1	22.25	110/70	88	36,7	2 jrb PUSI	teraba / baik	kosong	± 25 cc
	22.40	100/70	83		2 jrb PUSI	teraba / baik		
	22.55	120/70	82		2 jrb PUSI	teraba / baik	± 20 cc	± 20 cc
	22.11	110/60	86		2 jrb PUSI	teraba / baik		
2	22.41	110/70	83		2 jrb PUSI	teraba / baik	± 10 cc	± 15 cc
	23.12	110/80	84	36,5	2 jrb PUSI	teraba / baik	kosong	

Masalah kala IV : .....

Lampiran 14 Lembar Kunjungan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam–3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4–28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29–42 hari)	KF 4
	Tgl : 10/09/20	Tgl : 16/09/20	Tgl : 30/09/20	13/06/20
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	110/70, 36,8	110/80 36,7	110/70, 36,7	110/70
Perdarahan pervaginam	± 50	1/4 soffex	–	–
Kondisi perineum	Basah	Basah	Kering	Kering
Tanda infeksi	Tak	Tak	Tak	Tak
Kontraksi uteri	Keras	Keras	Keras	Keras
Tinggi Fundus Uteri	2 jr b pst	2 jr d smpr	tdk traba	Tdk Traba
Lokhia	Rubra	Sanguinema	Serosa	Alba
Pemeriksaan jalan lahir	normal	normal	normal	normal
Pemeriksaan payudara	normal	normal	normal	normal
Produksi ASI	+/+	+/+	+/+	+/+
Pemberian Kapsul Vit.A	10-09-20	–	–	–
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	–	–	–	–
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	–	–	–	–
Buang Air Besar (BAB)	–	+	+	+
Buang Air Kecil (BAK)	+	+	+	+
Memberi nasehat yaitu:				
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	iya	iya	iya	iya
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	iya	iya	iya	iya
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	iya	iya	iya	iya
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	iya	iya	iya	iya
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	–	–	–	–
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan	iya	iya	iya	iya
Perawatan bayi yang benar	iya	iya	iya	iya
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	iya	iya	iya	iya
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	iya	iya	iya	iya
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	iya	iya	iya	iya

Lampiran 15 Lembar Kunjungan Bayi baru lahir

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6–48 jam)	Kunjungan II (hari 3–7)	Kunjungan III (hari 8–28)
	Tgl: 10-09-20	Tgl: 16-09-20	Tgl: 30-09-20
Berat badan (gram)	3500 gram	3400 gram	3700 gram
Panjang badan (cm)	52 cm	53 cm	56 cm
Suhu (°C)	37°c	36,9°c	36,8°c
Frekuensi nafas (x/menit)	43 x/mnt	48 x/mnt	42 x/mnt
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	132 x/mnt	128 x/mnt	128 x/mnt
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	–	–	–
Memeriksa ikterus	–	–	–
Memeriksa diare	–	–	–
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	–	–	–
Memeriksa status Vit K1	sudah 09/09 20		
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	sudah, 09/09 20		BCG, Polio 1 30/09 20
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	–	–	–
• SHK Ya / Tidak			
• Hasil tes SHK (–) / (+)			
• Konfirmasi hasil SHK			
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)			
Nama pemeriksa	Rowani, Ade	Rowani, Ade	Rowani, Ade

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

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh Dokter/Bidan/Perawat)

PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:

1. Jaga bayi tetap hangat ☑
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu) ☐
3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat ☑
4. Potong dan ikat tali pusar tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir. ☑
5. Inisiasi Menyusu Dini ☑
6. Salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata. ☑
7. Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral ☑
8. Imunisasi Hepatitis B0 0,5ml intramuskular, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 ☑
9. Pemberian Identitas ☐
10. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik ☑
11. Pemulangan Bayi Lahir Normal, Konseling, dan Kunjungan Ulang ☑
12. Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK
    - Skrining Hipotiroid Kongenital ☐
    - Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+ ☐
    - Konfirmasi hasil SHK ☐

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+**
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	09/09/20												
BCG	20/09/20												
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Lampiran 16 Lembar MTBM

PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS MENGANTI
JL. RAYA MENGANTI NO. 225 TELP. (031) 7911360 Kode Pos : 61174
Alamat Email : puskesmasmenganti@yahoo.co.id

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal kunjungan : 10-09-2020
Nama bayi : By NY "S" Nama orang tua : NY "S" Alamat : MSI AD RT 31/06
Umur : 6 jam Berat : 3500 gram Suhu tubuh : 37°C 90°C
Tanyakan : Bayi Ibu sakit apa? : - Kunjungan pertama? : Ya Kunjungan ulang ? : -

Penilaian (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-) • Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencucu - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	mungkin bukan kejang	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah - Lakukan Asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS (-) • Napas berhenti lebih dari 20 detik • Hitung napas dalam 1 menit ___ kali / menit, - Ulangi jika > 60 kali / menit, hitung napas kedua ___ kali / menit. Napas cepat - Napas lambat (<30) • Bayi tampak biru • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Pernapasan cuping hidung • Bayi merintih	Tidak ada gangguan napas	- Lakukan Asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA HIPOTRMIA (-) • Suhu tubuh <36°C; antara 36°C - 36,4°C • Seluruh tubuh teraba dingin disertai : - mengantuk / letargis - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (Sklerema), • Kaki / tangan teraba dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal, **MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFEKSI BAKTERI** • Bayi mengantuk / letargis atau tidak sadar • Ada kejang disertai salah satu tanda / gejala infeksi lainnya • Ada gangguan napas, • Malas minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah, • Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras(sklerema), • Ubun-ubun cembung, • Suhu tubuh > 37,5°C atau tubuh teraba panas, • Suhu tubuh < 36°C atau tubuh teraba dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya	mungkin bukan infeksi	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah - Lakukan Asuhan dasar bayi muda
• Pustul kulit; apakah sedikit atau banyak / parah? • Mata bernanah; apakah sedikit atau banyak? • Nanah keluar dari telinga • Pusar kemerahan; apakah meluas sampai ke kulit perut atau bernanah? Pusar berbau busuk?		
MEMERIKSA IKTERUS (-) • Bayi kuning, Kuning timbul pada 2 hari pertama setelah lahir, • Kuning pada umur 3-<14 hari • Kuning ditemukan pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan • Tinja, berwarna pucat • Kuning sampai lutut / siku atau lebih	Tidak ada Ikterus	- Lakukan Asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA KEMUMGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) • Bayi -muntah - Muntah segera setelah minum, Muntah berulang, Muntah warna hijau, • Bayi gelisah/rewel dan perut kembung - atau tegang • Teraba benjolan masa di perut • Air liur berlebihan atau keluar terus-menerus, • Bayi belum buang air besar, dalam 24 jam terakhir **) • Periksa lobang anus dengan menggunakan termometer **) - Tidak terdapat lubang anus • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare **) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.	mungkin bukan gangguan saluran cerna	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah

Penilaian (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya ___ Tidak ✓ ? • Sudah diare selama ___ hari • Keadaan umum bayi ; - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelisah atau rewel. • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya ; - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. (-)	Diare tanpa Dehidrasi	- Nasihati Ibu untuk kunjunsan ulang .
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI • Berat lahir 3500 g *) - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir kurang dari 2000 g - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g sampai kurang dari 2500 g • Berat badan menurut umur: - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah ; • Bayi tidak bisa minum ASI ; • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? • Apakah bayi diberi ASI? Ya ✓ Tidak ___ - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? ___ kali, sering • Apakah bayi biasanya diberi makanan / minuman lain selain ASI? Ya ___ Tidak ✓ - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? - kali. - Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi? - • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut (-) • Ada celah bibir / langit-langit	BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada Pemberian ASI	- Asuhan dasar bayi muda .
JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan / minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit. **LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEKI :** • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? ✓ - Jika **TIDAK**, minta ibu meneteki bayinya. - Jika **YA**, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi ✓ Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, Jika menghalangi bayi menetek. • Untuk menilai apakah bayi melekat dengan baik, lihat ; ✓ Dagu bayi menempel payudara Ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak *Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik* ✓ • Untuk menilai apakah posisi bayi benar, lihat: - seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya *possisi tidak benar - posisi benar* • Untuk menilai apakah bayi mengisap dengan efektif, lihat dan dengar: ✓ Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan *Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif* • Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.	Tidak ada masalah pada Pemberian ASI	- support Ibu untuk memberi ASI selama 6 bulan tanpa pendamping makan dan minum lainnya
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 ✓ BCG ___ Hepatitis B2 ___		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN Tak		Imunisasi yang diberikan hari ini : HB0 09 - 09 - 2020
		Nasihati ibu kepan harus segera ke petugas kesehatan Kembali kunjungan ulang 3 - 7 hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU Tak		

PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS MENGANTI
JL. RAYA MENGANTI NO. 225 TELP. (031) 7911360 Kode Pos : 61174
Alamat Email : puskesmasmenganti@yahoo.co.id

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal kunjungan : 16-09-2020
Nama bayi : By Ny "S" Nama orang tua : Ny "S" Alamat : MSI AD RT 31/06.
Umur : 6 hari. Berat : 3900 gram Suhu tubuh 36,9 90°C
Tanyakan : Bayi Ibu sakit apa? : (-) Kunjungan pertama? - Kunjungan ulang? ya

Penilaian (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-) • Ada riwayat kejang. • Terdapat tanda/gejala kejang: - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencucu - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	mungkin bukan kejang	- Ajari Ibu cara merawat bayi di rumah. - lakukan Asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS (-). • Napas berhenti lebih dari 20 detik. • Hitung napas dalam 1 menit ___ kali / menit, - Ulangi jika > 60 kali / menit, hitung napas kedua ___ kali / menit. Napas cepat - Napas lambat (<30). • Bayi tampak biru. • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. • Pernapasan cuping hidung. • Bayi merintih.	Tidak ada Gangguan napas.	- lakukan Asuhan dasar Bayi muda.
MEMERIKSA HIPOTRMIA (-). • Suhu tubuh <36°C; antara 36°C - 36,4°C • Seluruh tubuh teraba dingin disertai : - mengantuk / letargis. - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (Sklerema). • Kaki / tangan teraba dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal.	Tidak ada Hipotermi	- lakukan Asuhan dasar Bayi muda.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFEKSI BAKTERI • Bayi mengantuk / letargis atau tidak sadar. • Ada kejang disertai salah satu tanda / gejala infeksi lainnya. • Ada gangguan napas, • Malas minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah, • Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras(sklerema). • Ubun-ubun cembung, • Suhu tubuh > 37,5°C atau tubuh teraba panas. • Suhu tubuh < 36°C atau tubuh teraba dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya.	mungkin bukan Infeksi	- Ajari Ibu cara merawat Bayi dirumah. - lakukan Asuhan dasar Bayi.
• Pustul kulit; apakah sedikit atau banyak / parah? • Mata bernanah; apakah sedikit atau banyak? • Nanah keluar dari telinga. • Pusar kemerahan; apakah meluas sampai ke kulit perut atau bernanah? Pusar berbau busuk?		
MEMERIKSA IKTERUS (-). • Bayi kuning, Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir, • Kuning pada umur 3-<14 hari. • Kuning ditemukan pada umur 14 hari atau lebih. • Kuning pada bayi lahir kurang bulan. • Tinja, berwarna pucat. • Kuning sampai lutut / siku atau lebih.	Tidak ada Ikterus	- lakukan Asuhan dasar.
MEMERIKSA KEMUMGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) • Bayi -muntah - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang, Muntah warna hijau, • Bayi gelisah/rewel dan perut kembung - atau tegang, • Teraba benjolan masa di perut. • Air liur berlebihan atau keluar terus-menerus, • Bayi belum buang air besar, dalam 24 jam terakhir **) • Periksa lobang anus dengan menggunakan termometer **) - Tidak terdapat lubang anus • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare. **) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.	mungkin bukan gangguan saluran cerna.	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah. - lakukan Asuhan dasar bayi muda.

Penilaian (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya ___ Tidak ✓ ? • Sudah diare selama ___ hari (-) • Keadaan umum bayi : - Letargis atau tidak sadar (-) - Gelisah atau rewel (-) • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya ; - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna (-)	-Diare tanpa Dehidrasi	- Nasihati Ibu untuk kunjungan ulang .
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI • Berat lahir 3500 g *) - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir kurang dari 2000 g - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g sampai kurang dari 2500 g • Berat badan menurut umur: - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah ; • Bayi tidak bisa minum ASI ; • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? • Apakah bayi diberi ASI? Ya ✓ Tidak ___ - Jika ya: berapa kali dalam 24 jam ? sering kali. • Apakah bayi biasanya diberi makanan / minuman lain selain ASI? Ya ___ Tidak ✓ - Jika ya: berapa kali dalam 24 jam ? sering kali. - Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi? _____ • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut θ • Ada celah bibir / langit-langit	BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada Pemberian ASI	- Asuhan dasar bayi muda
JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan / minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit. **LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEKI :** • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? ✓ - Jika **TIDAK**, minta ibu meneteki bayinya. - Jika **YA**, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi ✓ Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, Jika menghalangi bayi menetek. • Untuk menilai apakah bayi melekat dengan baik, lihat ; Dagu bayi menempel payudara Ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak *Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik* • Untuk menilai apakah posisi bayi benar, lihat: ✓ - seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya *posisi tidak benar - posisi benar* • Untuk menilai apakah bayi mengisap dengan efektif, lihat dan dengar: ✓ Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan *Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif* • Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.	Tidak ada masalah pada Pemberian ASI	- support Ibu untuk memberi ASI selama 6 bulan tanpa Pendamping makan dan minum lainnya .
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 ✓ BCG ___ Hepatitis B2 ___		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN Tdd .		Imunisasi yang diberikan hari ini : – _____ _____
		Nasihati ibu kepan harus segera ke petugas kesehatan Kembali kunjungan ulang 8 - 28 hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU Tdd .		

PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS MENGANTI
JL. RAYA MENGANTI NO. 225 TELP. (031) 7911360 Kode Pos : 61174
Alamat Email : puskesmasmenganti@yahoo.co.id

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal kunjungan : 30-09-2020
Nama bayi : BY NY "S" Nama orang tua : NY "S" Alamat : MSI AD RT 31/06
Umur : 14 hari Berat : 3700 gram Suhu tubuh 36,8 °C
Tanyakan : Bayi Ibu sakit apa? : - Kunjungan pertama? - Kunjungan ulang? Ya

Penilaian (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-) • Ada riwayat kejang. • Terdapat tanda/gejala kejang - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencucu - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	Mungkin bukan kejang	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah. - Lakukan Asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS (-) • Napas berhenti lebih dari 20 detik. • Hitung napas dalam 1 menit ___ kali / menit, - Ulangi jika > 60 kali / menit, hitung napas kedua ___ kali / menit. Napas cepat. - Napas lambat (<30). • Bayi tampak biru. • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. • Pernapasan cuping hidung. • Bayi merintih.	Tidak ada gangguan napas.	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah. - Lakukan Asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA HIPOTRMIA (-) • Suhu tubuh <36°C; antara 36°C - 36,4°C. • Seluruh tubuh teraba dingin disertai : - mengantuk / letargis. - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (Sklerema), • Kaki / tangan teraba dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal, **MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFEKSI BAKTERI** (-) • Bayi mengantuk / letargis atau tidak sadar. • Ada kejang disertai salah satu tanda / gejala infeksi lainnya. • Ada gangguan napas, • Malas minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah, • Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras(sklerema). • Ubun-ubun cembung, • Suhu tubuh > 37,5°C atau tubuh teraba panas. • Suhu tubuh < 36°C atau tubuh teraba dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya.	Mungkin bukan terinfeksi	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah - Lakukan Asuhan dasar bayi muda.
• Pustul kulit; apakah sedikit atau banyak / parah? • Mata bernanah; apakah sedikit atau banyak? • Nanah keluar dari telinga. • Pusar kemerahan; apakah meluas sampai ke kulit perut atau bernanah? Pusar berbau busuk?		
MEMERIKSA IKTERUS (-) • Bayi kuning, Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir, • Kuning pada umur 3-<14 hari • Kuning ditemukan pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan. • Tinja, berwarna pucat. • Kuning sampai lutut / siku atau lebih.	Tidak ada Ikterus.	- Lakukan Asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA KEMUMGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) • Bayi -muntah - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang, Muntah warna hijau, • Bayi gelisah/rewel dan perut kembung - atau tegang, • Teraba benjolan masa di perut • Air liur berlebihan atau keluar terus-menerus, • Bayi belum buang air besar, dalam 24 jam terakhir **) • Periksa lobang anus dengan menggunakan termometer **) - Tidak terdapat lubang anus • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare. **) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.	Mungkin bukan gangguan saluran cerna.	- Ajari Ibu cara merawat bayi dirumah

Penilaian (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya ___ Tidak ✓ ? • Sudah diare selama ___ hari • Keadaan umum bayi ; (-) - Letargis atau tidak sadar. - Gelisah atau rewel. • Mata cekung. • Cubitan kulit perut kembalinya ; - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat, • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. (-)	Diare tanpa Dehidrasi	- Nasihati Ibu untuk kunjungan ulang bila ada keluhan pada bayi
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI • Berat lahir 3500 g *) - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir kurang dari 2000 g - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g sampai kurang dari 2500 g • Berat badan menurut umur: - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah ; • Bayi tidak bisa minum ASI ; • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? • Apakah bayi diberi ASI? Ya ✓ Tidak ___ - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? ___ kali, • Apakah bayi biasanya diberi makanan / minuman lain selain ASI? Ya ___ Tidak ✓ - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? sering kali. - Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi? - • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut (-) • Ada celah bibir / langit-langit	BB tidak rendah sesuai umur	- Asuhan dasar bayi muda
JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan / minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit. **LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEKI :** • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? ✓ - Jika **TIDAK**, minta ibu meneteki bayinya. - Jika **YA**, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi ✓ Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, Jika menghalangi bayi menetek. • Untuk menilai apakah bayi melekat dengan baik, lihat ; ✓ Dagu bayi menempel payudara Ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak *Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik* • Untuk menilai apakah posisi bayi benar, lihat: ✓ - seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya *possisi tidak benar - posisi benar* • Untuk menilai apakah bayi mengisap dengan efektif, lihat dan dengar: ✓ Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan *Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif* • Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.	Tidak ada masalah pada Pemberian ASI	-support Ibu untuk memberi ASI selama 6 bulan tanpa Pendamping makan dan minum lainnya
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 ___ BCG ✓ Hepatitis B2 ___ Polio 1		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN Tak		Imunisasi yang diberikan hari ini : BCG + Polio 1
		Nasihati ibu kepan harus segera ke petugas kesehatan Kembali kunjungan ulang jika ada keluhan hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU Tak		

Lampiran 17 Lembar Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK
DALAM PELAYANAN KONTRASEPSI
(INFORMED CONSENT)

Kode Tindakan [ ][ ][ ]

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama KKB/RS/DPS/BPS*) : PMB Rowani, Amd. Keb.
Alamat Klinik : Sidojangkung menganti PMB
Nomor Kode Klinik KB : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ]
Nomor Klien :
(sesuai dengan K/IV/KB/04) : [ ][ ][ ] [ ][ ]

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : Ny "Suci
Umur : 31 Tahun
Jenis Kelamin : L/P*)
Alamat Lengkap : RT 31 RW 06 Kelurahan/Desa Msi AD
Kec Menganti Kab/Kota Gresik
Propinsi Jawa Timur
Kode Pos

Selaku KLIEN ; setelah mendapat penjelasan dan MENGERTI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG KAMI PILIH, maka kami SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa

IUD/Implant/ MOW/MOP *)

PERSETUJUAN SUAMI / ISTRI KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : Tn" Dono
Umur : 31 Tahun
Jenis Kelamin : L/P *)
Alamat Lengkap : RT 31 RW 06 Kelurahan/Desa Msi AD
Kec Kab/Kota Gresik
Propinsi Jawa timur
Kode Pos

Kami telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medis dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini dibuat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK tersebut.

21- Juni 2020

Yang memberi pelayanan,
Dokter/Bidan/Perawat *)

ROWANI Amd.Keb.
No. SIB [illegible] DINKES 2018
Ds. Sidojangkung RT. 03 RW. 03
Menganti - Gresik

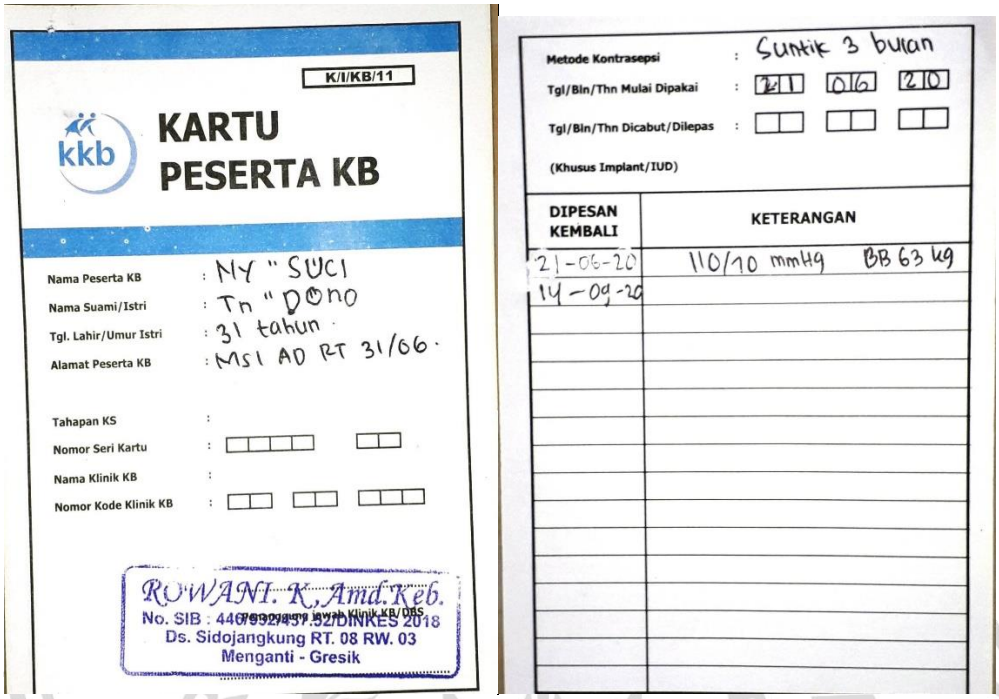
(.....) NIP.

Klien
(Suci)

Suami/Istri/Klien *)
(Dono)

Keterangan : *) coret yang tidak perlu

Lampiran 18 Lembar kartu status KB



K/I/KB/11

kkb

KARTU PESERTA KB

Nama Peserta KB : NY " SUCI
Nama Suami/Istri : Tn " DONO
Tgl. Lahir/Umur Istri : 31 tahun
Alamat Peserta KB : MSI AD RT 31/06.

Tahapan KS :
Nomor Seri Kartu :
Nama Klinik KB :
Nomor Kode Klinik KB :

ROWANI. K, Amd.Keb.
No. SIB : 440/5224/.../DINKES 2018
Ds. Sidojangkung RT. 08 RW. 03
Menganti - Gresik

Metode Kontrasepsi : Suntik 3 bulan
Tgl/Bln/Thn Mulai Dipakai : 21 06 20
Tgl/Bln/Thn Dicabut/Dilepas :
(Khusus Implant/IUD)

DIPESAN KEMBALI	KETERANGAN
21-06-20	110/70 mmHg BB 63 kg
14-09-20	

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Lampiran 19 Lembar Kunjungan Pasien

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : **Ade ferry sunaryati**
NIM : **1711.001**
Nama Pembimbing : **Suprapti, S.ST., M.Kes**

NO	Hari / Tanggal	Pokok Pembahasan	TTD Pembimbing
1.	Minggu, 15 Maret 2020	Pemeriksaan ke-1 ANC Trimester III	
2.	Selasa, 07 April 2020	Pemeriksaan ke-2 ANC Trimester III	
4.	Kamis, 09 April 2020	Asuhan Persalinan (INC)	
5.	Kamis, 09 April 2020	Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	
6.	Jumat, 10 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke – 1 2. Asuhan Masa Nifas ke – 1	
7.	Kamis, 16 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke – 2 2. Asuhan Masa Nifas ke – 2	
8.	Kamis, 30 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke – 3 2. Asuhan Masa Nifas ke – 3	
9.	Sabtu, 13 Juni 2020	Asuhan Masa Nifas ke – 4	
10.	Minggu, 21 Juni 2020	Asuhan Keluarga Berencana	

Lampiran 20 Lembar Konsultasi Proposal

Lembar Konsultasi Bimbingan
Proposal Laporan Tugas Akhir

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711.001
Pembimbing : Suprapti, S.ST., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Rabu 18-03-19	Latar belakang, [illegible]	
2.	BAB 1	[illegible]	
3.	Selasa 24-3-19	Tujuan latar belakang, Data Indonesia nasional (SDKI), kewaliwuratab, Puskesmas, BPM, Program Penakib	
4	Senin	latar belakang Data Dinkes Gresik.	
	30/03 2020		
5.	Rabu	Latar belakang, Penulisan kata,	
	15/04 2020	Tinjauan Teori, melengkapi MAP, ROT, IMT.	
6.	minggu	Acc.	
	03/05 2020		

Lampiran 21 Berita Acara Proposal

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711.001
Nama Ketua Penguji : Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di PMB Rowani, Amd. Keb Sidojangkung Menganti Gresik
Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	04-Juni-2020	Lembar Persetujuan		Pembenaran Tanggal	Sudah revisi
		Lembar Pengesahan	iii	Pembenaran pada tanda tangan Nama ketua penguji.	Sudah revisi
		Surat Pernyataan	iv	Pembenaran Tanggal dan Materai 6000	Sudah revisi
		Kata pengantar	vi	Pembenaran kata pengantar ketua penguji dan Kapriodi	Sudah revisi
		Daftar isi	viii	Pembenaran penulisan numbering lebih dirapikan	Sudah revisi
		Daftar singkatan	xiv	Pembenaran daftar singkatan kata Bahasa asing dimiringkan	Sudah revisi
		BAB I	1	Pembenaran sumber	Sudah revisi
		BAB I	3	Pembenaran singkatan fakes	Sudah revisi
		BAB 1	4	Pembenaran 58 APN dan bahasa asing miring	Sudah revisi
		BAB II	7	Pembenaran tujuan *Continuity Of Care*	Sudah revisi
		BAB II	51	Pembenaran bentuk tabel	Sudah revisi
		BAB II	138	Pembenaran daftar pustaka Minimal 10 tahun terakhir	Sudah revisi

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711.001
Nama Ketua Penguji : Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di PMB Rowani, Amd. Keb Sidojangkung Menganti Gesik
Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	10-Juni-2020	Cover		Pembenaran judul cover dibentuk piramida terbalik dan font 12	Sudah revisi
		BAB 1	5	Pembenaran Manfaat harus digandeng dengan bawahnya	Sudah revisi

Gresik, 12 juni 2020
Ketua Penguji

Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH

FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711.001
Nama Penguji 1 : Rizka Esty Savriana, SST., M.Kes
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di PMB Rowani, Amd. Keb Sidojangkung Menganti Gresik
Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	04-Juni-2020	Lembar Persetujuan		Pembenaran Tanggal	Sudah revisi
		Lembar Pengesahan	iii	Pembenaran pada tanda tangan Nama ketua penguji, Nama gelar Penguji I dan tanggal disahkan ujian	Sudah revisi
		Kata pengantar	vi	Pembenaran kata pengantar tidak ada ketua penguji	Sudah revisi
		Daftar isi	viii	Pembenaran penulisan numbering lebih dirapikan	Sudah revisi
		Daftar singkatan	xiv	Pembenaran daftar singkatan kata Bahasa asing dimiringkan	Sudah revisi
		BAB I	1	Pembenaran singkatan (AKI, AKB) diparagraf awal dan dijabarkan pada paragraf selanjutnya cukup dengan singkatan	Sudah revisi
		BAB I	2	Pembenaran Bahasa yang formal, singkat dan tegas. Data-datanya harus urut	Sudah revisi
		BAB II	7	Pembenaran kata asing dimiringkan Pembenaran Tujuan dari *Continuity Of Care* Pembenaran huruf besar untuk awal kalimat	Sudah revisi

FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

		BAB II	22	Perbaikan nama pengarang diatas sudah ditulis yang berikutnya tidak perlu.	Sudah revisi
		BAB II	25	Perbaikan nama sumber yang berbeda	Sudah revisi
		BAB II	39	Penulisan kata standar dalam Bahasa indonesia	Sudah revisi

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711.001
Nama Penguji 1 : Rizka Esty Savriana, SST., M.Kes
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di PMB Rowani, Amd. Keb Sidojangkung Menganti Gesik
Tanggal Ujian : 04 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	09-Juni-2020	BAB 1	2	Pembenaran singkatan (AKI, AKB) diparagraf awal dan dijabarkan pada paragraf selanjutnya cukup dengan singkatan	Sudah revisi
		BAB II	116	Pembenaran daftar pustaka jarak spasi dan tanggal diakses	Sudah revisi

Gresik, 10 Juni 2020
Penguji 1

Rizka Esty Savriana, SST, M.Kes

Lampiran 22 Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir

Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Nama : ADE FERRY SUNARYATI
NIM : 1711.001
Pembimbing : SUPRAPTI, S.ST, M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	Jum'at	Surat Pernyataan, kata Pengantar	
	26-Juni-2020	BAB 3 : ANC keluhan utama, Riwayat keluhan	
		Utama, Pola kebutuhan, Pengetahuan, Data	
		Objektif, Assasment, Jam Pelaksanaan	
2.	Senin,		
	29-juni-2020	ANC : Riwayat kesehatan Pasien, Pola kebutuhan Pasien	
		Pemeriksaan fisik, TBJ, TFU, Assesmant, Tabel,	
		Pelaksanaan.	
		INC: Pelaksanaan, kala II His, anastesi, vulva Hygiene	
		Episiotomi, kala III tabel, kala IV HBO, IMD, Mobilisasi	
3.	Kamis	ANC: ROT, MAP, IMT:, Persiapan Dana, Pendamping	
	02-juli-2020	UK 36 minggu 1 mgg kunjungan ulang,	
		INC: keluhan, kebutuhan, pelaksanaan, kala II	
		kala III, dan BBL Data subjektif.	

Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Nama : ADE FERRY SUNARYATI
NIM : 1711.001
Pembimbing : SUPRAPTI, S.ST, M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
4.	Jum'at	kebutuhan sehari-hari, waktu pelaksanaan, Paraf	
	03-Juli-2020	bidan pada TM I dan II, Pembengkakan Spasi, Obat	
		Pelancar ASI, makan-makanan nutrisi gizi seimbang,	
		kebutuhan nifas, tanda bahaya nifas, KIE Bayi pada Ibu	
5.	Rabu 08-Juli-2020	membaca dan memahami buku KIA, Istirahat cukup, kunjungan ulang sesuai anjuran usia kehamilan	
		- Pelaksanaan singkat2 saja, KIE tanda bahaya hamil - Vitamin 1x1 bersambung dalam sehari	
		Pengetahuan tentang ANC Terpadu,	
6.	Selasa 14-Juli-2020	Cover, Judul Asuhan, kolom Riwayat hamil,	
		Kebutuhan Ibu hamil, Intervensi Persalinan, kala III, Catatan Perkembangan Persalinan	
		kala IV catatan Perkembangan, Analisis Data BBL Intervensi BBL, Pola Pengetahuan Ibu nifas	
		BAB 4 Pembahasan.	
7	Rabu 15-Juli-2020	Ballotement, KIE Pengetahuan, BAB IV, KIE PGK, ANC terpadu, Frekuensi His.	
		Asuhan 5 benang merah, kelainan konginet	
		AL Bayi, KIE Asuhan yang diberikan.	
8	Jum'at 17-Juli-2020	BAB 4 Tambahan teori tanda2 hamil muda, memberi KIE tanda bahaya nifas, Perawatan payudara, menatek,	
		Vulva Hygiene, nutrisi, pelancar ASI, obat Amoksilin, Psikologi Ibu masa nifas, Asuhan sayang Ibu dan bayi	

Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Nama : Ade Ferry Sunaryati
NIM : 1711.001
Pembimbing : Suprapti, S.ST.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
9.	senin 20-juli-2020	BAB IV : diagnosa, Pengambilan data,	
		kata dalam kalimat, KIE pada Ibu hamil	
		hutrisi, tanda gejala kala II, Asuhan 5	
		benang merah, Penanganan Persalinan	
		MAK III, KIE 2 jam PP, Observasi	
		Perdarahan, BBL, Asi Eksklusif,	
		kunjungan ulang KB,	
		BAB V. Cara kerja ABPK, kunjungan	
		ulang.	
		ACC.	

Lampiran 23 Lembar Revisi Ujian Sidang LTA

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : ADE FERRY SUNARYATI
NIM : 1711001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "S" Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Rowani, Amd. Keb. Sidojangkung Menganti Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
	BAB Halaman depan - Hal iv : surat pernyataan - Hal vi : persembahan - Hal vii: Ringkasan - Hal viii: kata pengantar menyesuaikan tanggal ACC BAB III Tinjauan Kasus - Asuhan Kehamilan Kunjungan 1 Mulai Trimester II UK 16 mgg - Data subyektif sesuai dengan data rekam medis ibu - Assesment diagnosa keadaan jalan lahir normal - Kebutuhan KIE Nutrisi, P4K, Tanda bahaya TM II, Baca buku KIA, Pemberian terapi dan kunjungan ulang BAB III Tinjauan Kasus - Asuhan Kehamilan Trimester III UK 36 minggu - Data Objektif TBJ sudah masuk (υ) - Kebutuhan Nutrisi, Aktivitas, Istirahat, perawatan payudara, pemberian terapi dan kunjungan ulang BAB III tinjauan Kasus - Asuhan Kehamilan Trimester III UK 39 minggu - Kebutuhan pola makanan ibu dengan menu gizi seimbang - Kebutuhan Nutrisi, Istirahat cukup, Aktivitas, Tanda persalinan, pemberian terapi dan kunjugan ulang BAB IV Pembahasan - Asuhan Kehamilan Trimester II dan III - Asuhan Persalinan Kala I, II, III, IV dan 2 jam pp - Asuhan Bayi baru lahir	

	- Asuhan Neonatus Kunjungan 1, II, dan III - Asuhan Keluarga Berencana BAB V Penutup - Kesimpulan dari *Continuity Of Care* mulai dari kehamilan sampai dengan Keluarga Berencana Lampiran dari Asuhan Kebidanan - Lembar Catatan kesehatan ibu Hamil - Lembar Partograf depan dan belakang - Lembar Kunjungan Ibu nifas - Lembar Kunjungan Bayi Baru Lahir - Lembar Informed Consend - Lembar Kartu Status KB	

Gresik, 23 Juli 2020
Ketua Penguji,

Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : ADE FERRY SUNARYATI
NIM : 1711001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "S" Masa hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Rowani, Amd. Keb. Sidojangkung Menganti Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
	BAB Halaman depan - Hal iv : surat pernyataan - Hal vi : persembahan - Hal vii: Ringkasan - Hal viii: kata pengantar menyesuaikan tanggal ACC - Pembenaran Tanggal/Jam disesuaikan mulai ANC, Persalinan, BBL, Neonatus, Nifas, KB. BAB III Tinjauan Kasus - Asuhan Kehamilan Kunjungan 1 Mulai Trimester II UK 16 mgg - Data subyektif sesuai dengan data rekam medis ibu - Assesment diagnosa keadaan jalan lahir normal - Kebutuhan KIE Nutrisi, P4K, Tanda bahaya TM II, Baca buku KIA, Pemberian terapi dan kunjungan ulang - Asuhan Kehamilan Trimester III UK 36 minggu - Data Objektif TBJ sudah masuk (ʊ) - Kebutuhan Nutrisi, Aktivitas, Istirahat, perawatan payudara, pemberian terapi dan kunjungan ulang - Asuhan Kehamilan Trimester III UK 39 minggu - Kebutuhan pola makanan ibu dengan menu gizi seimbang - Kebutuhan Nutrisi, Istirahat cukup, Aktivitas, Tanda persalinan, pemberian terapi dan kunjugan ulang BAB IV Pembahasan - Asuhan Kehamilan Trimester II dan III - Asuhan Persalinan Kala I, II, III, IV dan 2 jam pp - Asuhan Bayi baru lahir - Asuhan Neonatus Kunjungan 1, II, dan III - Asuhan Keluarga Berencana	

	BAB V Penutup - Kesimpulan dari *Continuity Of Care* mulai dari kehamilan sampai dengan Keluarga Berencana Lampiran dari Asuhan Kebidanan - Lembar Catatan kesehatan ibu Hamil - Lembar Partograf depan dan belakang - Lembar Kunjungan Ibu nifas - Lembar Kunjungan Bayi Baru Lahir - Lembar Informed Consent - Lembar Kartu Status KB	

Gresik, 23 Juli 2020
Penguji I,

Rizka Esty Safriana, SST., M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : ADE FERRY SUNARYATI
NIM : 1711001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "S" Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Rowani, Amd. Keb. Sidojangkung Menganti Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
	- Tidak Ada Revisi	

Gresik, 23 Juli 2020
Penguji II

Suprapto, S.ST., M.Kes