

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.“E” MASA HAMIL SAMPAI DENGAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI PMB NUR MASILLAH,S.ST. KEDUNG SUMBER BALONGPANGGANG GRESIK

No	Kegiatan	Maret				April				Mei					Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	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 Izin Lahan Praktik



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor : 066/ II.3.UMG/PBdn/F/2020

Lamp. : -

Hal : *Surat Pengantar Ijin Penelitian*
Kepada Yth.

PMB Nur Masillah,S.ST
Balong Panggang 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 : Nirnawati
Nim : 1711.010
Alamat : Dsn.Tlogo Bedah Rt.06/Rw.03 Menganti
Judul Penelitian : Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny"E" Masa Hamil,Bersalin,BBL,Neonatus,Masa Nifas, sampai dengan Pelayanan KB di PMB Nur Masillah,S.ST di Kedung sumber Balong Panggang 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, 02 Juni 2020
Pjs. Ka. Prodi,

Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH

Tindakan:

1. Arsip



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 Permohonan Izin Lahan Praktik



BPM SYAFA'AT
BIDAN NUR MASSILAH, SST
SURAT IJIN PRAKTEK BIDAN (SIPB)

No. 446/1349/437.52/2016
 Kedung Sumber Timur RT.02 RW.03 Ked. Sumber – Balongpanggang
 Telp. 081337318877 / 081553706627
 Gresik



Gresik, 3 Juni 2020

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

Kepada

Yth. Ka. Priodi Kebidanan
 Fakultas Kesehatan Universitas
 Muhammadiyah Gresik

Di tempat

Dengan hormat,

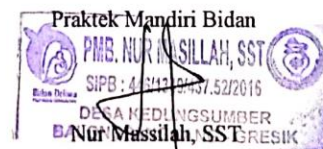
Membalas surat saudara perihal permohonan lahan praktek untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Nirmawati

NIM : 1711.010

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. " E " Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di PMB Nur Massilah, SST Balongpanggang Gresik.

Telah betu – betul melakukan praktek di wilayah kerja kami di PMB Nur Massilah, SST Balongpanggang Gresik.



Lampiran 4 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NIRNAWATI

NIM : 1711.010

Adalah mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, sebagai pernyataan kelulusan di semester VI, saya ditugaskan untuk melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (Hamil, Bersalin, 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 saya dapatkan selama 5 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 dengan keluarga berencana. Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaannya hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan

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

Gresik, 31 Maret 2020

Mahasiswa



NIRNAWATI
NIM 1711.010

Lampiran 5 Persetujuan Sebagai Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : ERIC PERMITA RAHAYU

Umur : 23 TH

Pekerjaan : SWASTA

Alamat : DSN PUCUNG 02/01 BALUNG PANGGANG GRESIK

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

GRESIK, 31 MARET 2020

Responden



(ERIC PERMITA . R)

Lampiran 6 Buku KIA

Diisi oleh petugas kesehatan

Mari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal 06 - 07 - 2019
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal 13 - 09 - 2020
 Lingkar Lengan Atas 26.8 cm: KEK () Non KEK (✓) Tinggi Badan 159 cm
 Golongan Darah O
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu DM Jantung HT Asma
 Riwayat Alergi Makanan Obat

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
26/8	nyal	120/80	49.5	8 mng			
27/8	Taa	110/70	49	11 mng	1/2 st		
25/8	Pusing	100/70	48.6	15-16 mng	1/2 ft		
28/8	Batuk, pilek	100/60	50.7	19-20 mng	2 1/2 ft	✓ PUK	140/mnt
01/9	Taa	110/60	51.6	23-24 mng	18 cm	✓ PUK	158/mnt
5/9	Bapil	100/60	53.5	28 mng	29 cm	✓ PUK	139/mnt
7/9	Taa	100/60	54	32 mng	25 cm	✓ PUK	137/mnt
17/9	Taa	90/60	55.1	36 mng	28 cm	✓ PUK	154/mnt
31/9	Taa	100/60	57.6	38 mng	29 cm	✓ PUK	138/mnt
01/10	Keceng 3	90/60	57.6	39 mng	29 cm	✓ PUK	130/mnt

CS Dipindai dengan CamScanner

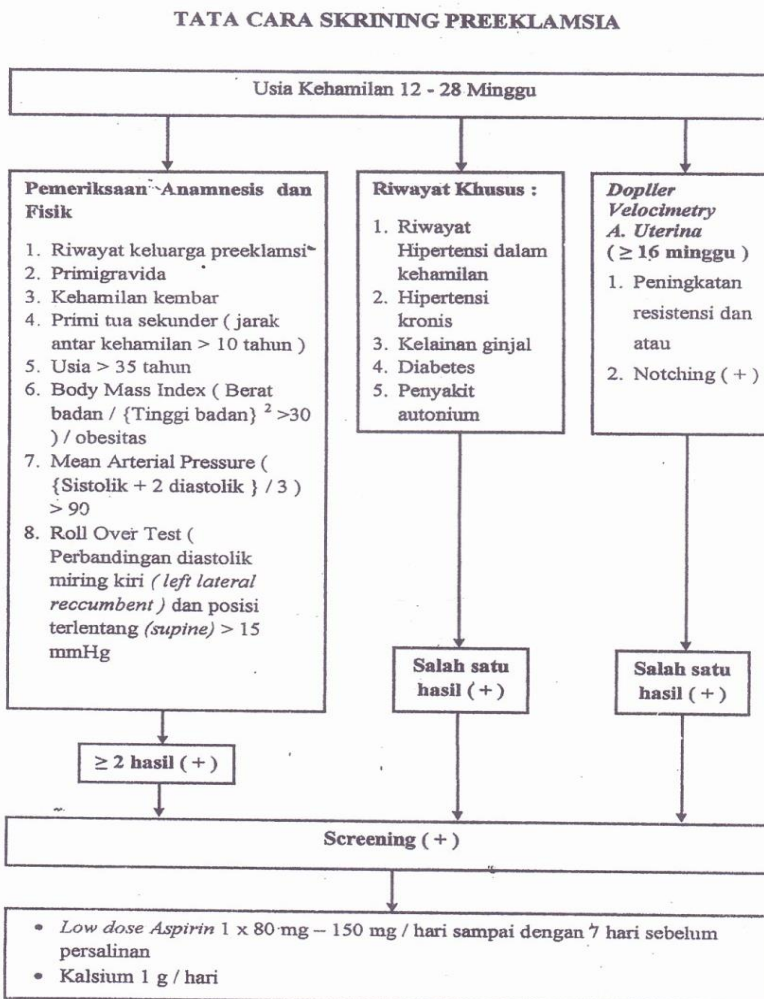
Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 2, Jumlah persalinan 1, Jumlah keguguran 1 C 2 P 0 A 1
 Jumlah anak hidup 1, Jumlah lahir mati 0
 Jumlah anak lahir kurang bulan 0, anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 5 [bulan/tahun]
 Status imunisasi TT terakhir 5 [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir [] Spontan/Normal [] Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Sengak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Hasrat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapasitas Kambali
0/+	PO HST 0 HA 0 GODOR 0 PUSAK 0	Pengobatan komplek	nutrisi istirahat	B. illa	1 bin
0/+		Fe KOK	istirahat	B. illa	1 bin
0/+		Pamoli	mobilitasi	B. illa	1 bin
0/+		Whylbert vit c	istirahat	B. illa	1 bin
0/+		vitonai F vitonai calc	seham hamil	B. illa	1 bin
0/+		Whylbert vit c vitonai calc	ruaha kehamilan	B. illa	1 bin
0/+		vitonai F vitonai calc	MA eksklusif	B. illa	2 mng
0/+		vitonai F vitonai calc	persiapan persalinan	B. illa	2 mng
0/+		vitonai F vitonai calc	tanpa persalinan	B. illa	2 mng
0/+				B. illa	
-/+					

Lampiran 7 Tata Cara Skrining Pre Eklampsia



Lampiran 8 Skrinning Skor Poedji Rochjati

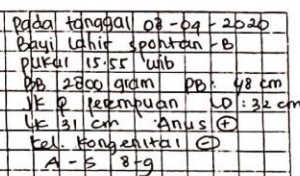
KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'		
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN		
Tempat Perawatan Kehamilan : 1 Posyandu 2 Polindes 3 Rumah Bidan 4 Puskesmas 5 Rumah Sakit 6. Praktek Dokter		
Persalinan : Menahirkan tanggal <u>8</u> <u>9</u> <u>2020</u>		
RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUKAN DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit	
RUJUKAN DARI : 1. Rujukan Diri berencana (RDB) 2. Rujukan Dalam Rahim	2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Tenambat (Rttt)	
Gawat Obsterik : Kel. Faktor Risiko I & II 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	Gawat Darurat Obsterik : • Kel. Faktor Risiko III 1. Pendarahan antepartum 2. Eklamsia • Komplikasi Obstenk 3. Pendarahan postpartum 4. Un Tertinggal 5. Persalinan Lama 6. Panas Tinggi	
TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan	PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain	MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginae 3. Operasi Sesar
PASCA PERSALINAN : IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 BAYI : 1. Berat lahir <u>2800</u> gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup Apgar Skor <u>8-9</u> 3. Lahir mati, penyebab 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab 5. Ketahanan bawaan tidak ada/ada	TEMPAT PERSALINAN : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2	
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. Tiak Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :		
* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG		

Lampiran 9 Lembar Penapisan

PENAFISAN IBU BERSALIN		
DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT		
	Ya ☐	Tdk ☐
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 eklamsi / hipertensi dalam kehamilan	☐	☒
11 Tiu 40 cm atau lebih	☐	☒
12 Gawat janin	☐	☒
13 Preterm 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	☐	☒

PARTOGRAF

No Register Nama Ibu NY Erik Umur 23 G 2 P 0 A 1
No Puskesmas Tanggal 03 - 4 - 2020 Jam 15:00
Ketuban Pecah Sejak Jam _____ Mules Sejak Jam 10:00

[illegible]

Kontraksi		< 20
Tinggi		20 - 40
10 Menit		> 40 (detak)

[illegible][illegible][illegible]

1	Porsi makan nasi								
1	Salas teh hangat								

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 08 - 04 - 2020
2. Nama Bidan : Ny. Nur Masitah SST
3. Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☒ Lainnya : pmb syafaat
4. Alamat tempat persalinan : Rd. Sumber Timur
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 : ☒ Ya
12. Masalah lain, Sebutkan :
13. Penatalaksanaan masalah tsb :
14. Hasilnya :

KALA II

15. Episiotomi
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ 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 :

KALA III

20. Hasilnya :
21. Inisiasi menyusui dini :
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, Alasan :
22. Lama Kala III : 101 Menit
23. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
 - ☐ Ya, Waktu : .. Menit sesudah persalinan
 - ☒ Tidak, alasan : ..
 - Penjepit tali pusar : .. Menit Setelah bayi lahir
24. Pemberian Ulang Oksitosin (2X) ?
 - ☐ Ya, alasan : ..
 - ☐ Tidak

ABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontak Uterus	Kandung Kemih	Darah yang keluar
1	16.10	110/70	83	36.5	2 J 1/2 pusot	Keras	Kosong	± 100 cc
	16.25	110/70	84		2 J 1/2 pusot	Keras	Kosong	
	16.40	100/60	83		2 J 1/2 pusot	Keras	Kosong	± 50 cc
	16.55	100/60	85		2 J 1/2 pusot	Keras	Kosong	
2	17.25	100/60	86		2 J 1/2 pusot	Keras	Kosong	
	17.55	110/70	83	36.5	2 J 1/2 pusot	Keras	Kosong	± 50 cc

Masalah kala IV :
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :

25. Penanganan tali pusar terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan :

26. Masase Fundus Uteri ?
 - ☐ Ya
 - ☐ Tidak, Alasan :

27. Plasenta lahir lengkap (intact) ☒ Ya ☐ Tidak

Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :

28. Plasenta tidak lahir > 30 Menit :
 - ☒ Tidak
 - ☐ Ya, Tindakan :

29. Laserasi
 - ☐ Ya, Dimana :
 - ☒ Tidak

30. Jika Laserasi perineum, 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 : ± 200 cc

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

KALA IV

34. Kondisi ibu : KU : baik, TD : 100/60, mmHg, Nadi : 83/mnt, Nafas : 24x/mmHg

35. Masalah dan Penatalaksanaan Masalah :

BAYI BARU LAHIR

36. Berat Badan : 2800 Gram

37. Panjang Badan : 48 Cm

38. Jenis Kelamin : L (P)

39. Penilaian bayi baru lahir : baik / Ada penyulit

40. Bayi lahir :
 - ☒ Normal, Tindakan :
 - Meringankan
 - Menghangatkan
 - Rangsangan tektil
 - Memastikan IMD atau alami menyusui segera
 - ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, Tindakan :
 - Meringankan
 - Rangsang tektil
 - 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 : .. Jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, Alasan : ..

42. Masalah lain, Sebutkan :

Hasilnya :

CS Digital dengan CamScanner

Lampiran 11 Catatan Kesehatan 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: 8-4-2020	Tgl: 12-4-2020	Tgl: 18-4-2020
Berat badan (gram)	2800 gram	2800 gram	3100 gram
Panjang badan (cm)	48 cm	48 cm	48 cm
Suhu (°C)	36 ⁵	36 ⁶	37 ¹
Frekuensi nafas (x/menit)	42 x/mnt	42 x/mnt	41 x/mnt
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	138 x/menit	141 x/menit	139 x/menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	-	-	-
Memeriksa ikterus	-	-	-
Memeriksa diare	-	-	-
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	BB lahir tdk rendah Asi +/+	BB lahir tdk rendah Asi +/+	BB lahir tdk rendah Asi +/+
Memeriksa status Vit K1	sudah 8/4 ²⁰		
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	HB0 8/4 ²⁰	BCG, polio 1 18/4 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	B. Illa	B. Illa	B. Illa

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

Lampiran 12 Catatan Kesehatan 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)	Kunjungan 4
	Tgl: 8/20 9	Tgl: 12/20 9	Tgl: 18/20 9	10/20 5
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	TD: 90/60 S: 36 N: 83 RR: 21	TD: 110/60 S: 36 N: 86 RR: 22	TD: 110/60 S: 36 N: 86 RR: 22	TD: 110/60 S: 36 N: 82 RR: 22
Perdarahan pervaginam	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Kondisi perineum	Basah	Basah	-	-
Tanda infeksi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Kontraksi uteri	Baik, keras	Baik, keras	Baik, keras	-
Tinggi Fundus Uteri	2 Jb pusat	Perkembangan pusat simfisis	TfU tidak teraba	TfU tidak teraba
Lokhia	Rubra	sanguinolenta	Serosa	alba
Pemeriksaan jalan lahir	Normal	Normal	Normal	Normal
Pemeriksaan payudara	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Produksi ASI	Baik, ASI kolestrum	Baik	Baik	Baik
Pemberian Kapsul Vit.A	Sudah	Sudah	Sudah	Sudah
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	✓	✓	✓	✓
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	✓	✓	✓	✓
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	✓	✓	✓	✓
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	✓	✓	✓	✓
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	✓	✓	✓	✓
Perawatan bayi yang benar	✓	✓	✓	✓
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	✓	✓	✓	✓
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓	✓	✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	-	-	✓	✓

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Kunjungan Nifas/ Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl: 8-4-2020	- Personal hygiene - Perawatan payudara - Istirahat Etamox 3x1 vitamin Asi 1x1 vit A 1x1 Metergin 1x1
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl: 12-4-2020	- Istirahat - nutrisi
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl: 18-4-2020	- Istirahat - senam NIFAS

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu**:

- ☒ Sehat
☐ Sakit
☐ Meninggal

Komplikasi Nifas**:

- ☐ Perdarahan
☐ Infeksi
☐ Hipertensi
☐ Lain-lain: Depresi post partum

Keadaan Bayi**:

- ☒ Sehat
☐ Sakit
☐ Kelainan Bawaan
☐ Meninggal

**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Kunjungan NIFAS 4 (KF4)

Tgl: 10-5-2020

KIE: - Istirahat

- Asi eksklusif
- Konseling KB

Lampiran 13 Catatan Imunisasi Anak

CATATAN IMUNISASI ANAK

Tgl Lahir : 8-4-2020

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+*
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	8/20 /4												
BCG		18/20 /4											
*Polio		18/20 /4											
*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 14 Lembar MTBM KN1

KN1

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tgl kunjungan 8-4-2020
 Nama Bayi Dy Ny ERIK L/P
 Umur 1 hari
 Suhu Badan 36,5 °C
 Kunjungan Pertama

Nama Ortu Ny ERIK
 Alamat Pucung
 Berat Badan 2800 gr
 TANYAKAN : Bayi Ibu Sakit Apa?
 Kunjungan Ulang

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI - Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya - Ada riwayat kejang - Bayi bergerak hanya jika dirangsang - Hitung nafas dalam 1 menit <u>42</u> kali/menit - Ulangi jika ≥ 60/menit. Hitung nafas kedua <u> </u> kali/menit - Napas cepat - Napas lambat (≤ 30/menit) - Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat - Bayi merintih - Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ - Suhu tubuh $< 35,5^{\circ}\text{C}$ - Mata bernanah : apakah sedikit atau banyak? - Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut - Pusar kemerahan atau bernanah - Ada pustule di kulit	mungkin berat infeksi	- Ajari Ibu cara merawat bayi di rumah - lakukan asuhan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE (-) Ya <u> </u> Tidak <u>✓</u> - Sudah diare selama <u> </u> hari - Keadaan umum bayi : - Letargis atau tidak sadar (-) - Gelisah/rewel (-) - Mata cekung - Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat - Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna (-)	Diare tanpa dehidrasi	- Tangani sesuai rencana terapi - lakukan asuhan dasar bayi muda - nasihatilah Ibu kapan waktu kembali segera
MEMERIKSA IKTERUS (-) - Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) - Kuning ditemukan pada umur ≥ 14 jam sampai ≤ 14 hari - Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari - Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki - Tinja berwarna pucat	Tidak ada ikterus	- lakukan asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. - Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> - Berat badan menurut umur : - BB/U $\leq - 2$ SD - BB/U $> - 2$ SD - Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> - Apakah bayi diberi ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? <u> </u> kali - Apakah bayi diberi minuman selain ASI? - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? <u> </u> kali - Alat apa yang digunakan? <u> </u> - Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut. (-) - Ada celah bibir/langit-langit. (-) JIKA BAYI ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dlm 24 jam, diberi makan/minum selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit. LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI - Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? (<u>✓</u>) - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya - Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi. Amati pemberian ASI dg seksama Bersihkan hidung yg tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. - Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. - Lihat apakah perlekatan benar (<u>✓</u>) - 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 - <u>melekat dengan baik</u> - Lihat apakah posisi bayi benar (<u>✓</u>) - Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat dengan ibunya - Posisi salah - <u>posisi benar</u> - Lihat dan dengar apakah bayi menghisap dalam dan efektif - Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya dg suara menelan. - Tidak menghisap sama sekali - tidak menghisap dengan efektif - <u>menghisap dengan efektif</u>	BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada pemberian ASI	- lakukan asuhan dasar bayi muda - Puji lah ibu karena telah memberikan minum ASI kepada bayinya dengan benar
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (beri tanda rumpit jika sudah diberikan segera setelah lahir)	<u> </u>	Vit K1 diberikan segera setelah lahir
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkarilah imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B-0 <u>3/10</u> BCG <u> </u> Polio <u> </u>	<u> </u>	Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN LAIN TAA		Nasihatilah ibu kapan kembali segera Kembali kunjungan ulang <u> </u> hari
MEMERIKSA MASALAH / KEMUNDURAN		

Lembar MTBM KN2

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

KU 2

Tgl kunjungan
Nama Bayi
Umur
Suhu Badan
Kunjungan Pertama

12-4-2020
By Ines
4 hari
36°C

Nama Ortu
Alamat
Berat Badan
TANYAKAN Bayi Ibu Sakit Apa?
Kunjungan Ulang

NY. Erik
Pucung
2800

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERIAL • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya • Ada riwayat kejang • Bayi bergerak hanya jika dirangsang • Hitung nafas dalam 1 menit <u>42</u> kali/menit • Ulangi jika ≥ 60 /menit Hitung nafas kedua <u> </u> kali/menit • Napas cepat • Napas lambat (≤ 30 /menit) • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Bayi merintih • Suhu tubuh $> 37.5^{\circ}\text{C}$ • Suhu tubuh $< 35.5^{\circ}\text{C}$ • Mata berranah apakah sedikit atau banyak? • Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut • Pusar kemerahan atau berranah • Ada pustule di kulit	Mungkin bukan infeksi	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan asuhan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE (-) • Sudah diare selama <u> </u> hari (-) • Keadaan umum bayi • Letargis atau tidak sadar (-) • Gelisah/rewel (-) • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya • Sangat lambat (> 2 detik) (-) • Lambat • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna (-)	Ya <u> </u> Tidak <u>✓</u>	Diare tanpa dehidrasi - Tangani sesuai rencana terapi - Lakukan asuhan dasar bayi muda - Nasihatilah ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungan ulang dalam 2 hari jika belum membaik
MEMERIKSA IKTERUS (-) • Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) • Kuning ditemukan pada umur ≥ 14 jam sampai ≤ 14 hari • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari • Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki • Tinja berwarna pucat	Tidak ada ikterus	- Lakukan asuhan dasar bayi muda - Nasihatilah ibu karena telah memberikan minum ASI kepada bayinya dengan benar.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. • Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> • Berat badan menurut umur : - BB/U $\leq - 2$ SD - BB/U $> - 2$ SD • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> • Apakah bayi diberi ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> • Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? <u>Sering</u> kali • Apakah bayi diberi minuman selain ASI? Ya <u> </u> Tidak <u> </u> • Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? <u> </u> kali • Alat apa yang digunakan? • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut (-) • Ada celah bibir/langit-langit (-) • Jika BAYI ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dlm 24 jam, diberi makan/minum selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI : • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? (<u>✓</u>) • Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya • Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi. Amati pemberian ASI dg seksama Bersihkan hidung yg tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. • Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. • Lihat apakah perlekatan benar : (<u>✓</u>) 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 - <u>melekat dengan baik</u> • Lihat apakah posisi bayi benar : (<u>✓</u>) Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat dengan ibunya. Posisi salah - <u>posisi benar</u> • Lihat dan dengar apakah bayi menghisap dalam dan efektif : Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya dg suara menelan. Tidak menghisap sama sekali - tidak menghisap dengan efektif - <u>menghisap dengan efektif</u>	BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada pemberian ASI.	- Lakukan asuhan dasar bayi muda - Pujilah ibu karena telah memberikan minum ASI kepada bayinya dengan benar.
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)	<u> </u>	Vit K1 diberikan segera setelah lahir
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B-0 <u>8/4/20</u> BCG <u>12/4/20</u> Polio <u>18/4/20</u>	<u> </u>	Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN LAIN TAA	<u> </u>	Nasihatilah ibu kapan kembali segera Kembali kunjungan ulang <u> </u> hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU	<u> </u>	

Lembar MTBM KN3

KN3

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tgl kunjungan 18-9-2020
 Nama Bayi By Ines
 Umur 10 hari
 Suhu Badan 35,1 °C
 Kunjungan Pertama

Nama Ortu Ny Erik
 Alamat Pucung
 Berat Badan 3100 gr
 TANYAKAN : Bayi Ibu Sakit Apa?
 Kunjungan Ulang

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI (-) - Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya - Ada riwayat kejang - Bayi bergerak hanya jika dirangsang - Hitung nafas dalam 1 menit 41 kali/menit - Ulangi jika ≥ 60 kali/menit Hitung nafas kedua kali/menit - Napas cepat - Napas lambat (≤ 30 kali/menit) - Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat - Bayi merintih - Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ - Suhu tubuh $< 35,5^{\circ}\text{C}$ - Mata bernanah - apakah sedikit atau banyak? - Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut - Pusar kemerahan atau bernanah - Ada pustule di kulit	mungkin bukan infeksi	- Ayat ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan asuhan dasar bayi muda.
APAKAH BAYI DIARE - Sudah diare selama 10 hari (-) Ya Tidak ☒ - Kondisi umum bayi - Letargis atau tidak sadar (-) - Gelisah/rewel (-) - Mata cekung - Cubitan kulit perut kembalinya: - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat - Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna	Diare tanpa dehidrasi	- tangani sesuai rencana terapi - lakukan asuhan dasar bayi muda - nasihatilah ibu kapan untuk kembali segera - kunjungi ulang dalam 2 hari jika belum membaik
MEMERIKSA IKTERUS (-) - Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) - Kuning ditemukan pada umur ≥ 14 jam sampai ≤ 14 hari - Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari - Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki - Tinja berwarna pucat	Tidak ada Ikterus	- lakukan asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. - Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya Tidak - Berat badan menurut umur - BB/U $\leq - 2$ SD - BB/U $> - 2$ SD - Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya Tidak - Apakah bayi diberi ASI? Ya Tidak - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? sering kali - Apakah bayi diberi minuman selain ASI? - Jika Ya, berapa kali dalam 24 jam? kali - Alat apa yang digunakan? - Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut (-) - Ada celah bibir/langit-langit (-) JIKA BAYI ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dlm 24 jam, diberi makan/minum selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI - Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? ☒ - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya - Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi. Amati pemberian ASI dg seksama Bersihkan hidung yg tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. - Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. - Lihat apakah perlekatan benar: ☒ - 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 - Lihat apakah posisi bayi benar: ☒ - Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat dengan ibunya - Posisi salah - posisi benar - Lihat dan dengar apakah bayi menghisap dalam dan efektif - Bayi menghisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya dg suara menelan. - Tidak menghisap sama sekali - tidak menghisap dengan efektif - menghisap dengan efektif	BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada Pemberian ASI	- lakukan asuhan dasar bayi muda - pulihlah ibu karena telah memberikan minum ASI kepada bayinya dengan benar
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (beri tanda rumpuk jika sudah diberikan segera setelah lahir)		Vit K1 diberikan segera setelah lahir
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B-0 8/20 BCG 18/20 Polio 18/20		Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN LAIN TAA		Nasihatilah ibu kapan kembali segera Kembali kunjungan ulang hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		

Lampiran 15 Kartu Status Peserta KB

K/IV/KB/D4		Nomor urut		Tahun	
I. Nomor Kode Klinik KB		II. Nomor Seri Kartu :			
KARTU STATUS PESERTA KB					
III. Nama Peserta KB : NY. ERIK ...		IV. Tgl/Bln/Tnn Lahir/Umur Istri : / / 2023			
V. Nama Suami/Istri : M. RUMAHMAN		VI. Pendidikan Suami dan Istri : Suami : 4, Istri : 4			
VII. Alamat Peserta KB : Pucung RT. 02-PW-01 Balong Ranagaga Gresik		VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : Suami : 2, Istri : 2			
IX. Jumlah anak hidup		X. Umur anak terkecil : Tahun : 1, Bulan : 6			
XI. Status Peserta KB : 1. Baru Pertama kali		XII. Cara KB terakhir : 1. IUD, 2. MOW, 3. MOP, 4. Kondom, 5. Implan, 6. Suntikan, 7. Pil			
XIII. Penapisan (Skrining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB. Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya tulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia. Penapisan (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi Anamnesa 1. Haid terakhir tanggal : / / 2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya 2) Tidak 3. Jumlah GPA : Gravid (Kehamilan) Partus (Persalinan) Abortus (Keguguran) 4. Menyusui : 1) Ya 2) Tidak 5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : (Tidak Ya) a. Sakit Kuning b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya c. Keputihan yang lama d. Tumor : Payudara, Rahim, Indung telur Pemeriksaan 6. Keadaan Umum : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang 7. Berat Badan : 51.3 Kg 8. Tekanan Darah : / / 9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam : Tidak Ya a. Tanda-tanda radang b. Tumor/keganasan ginekologi 11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW) a. Tanda-tanda diabetes b. Kelainan pembekuan darah c. Radang orchitis/epididymitis d. Tumor/keganasan ginekologi 12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan : IUD, MOW, MOP, Kondom, Implan, Suntikan, Pil XIV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih : 6 XV. Tanggal dilayani : Tanggal : 01, Bulan : 06, Tahun : 2023 XVI. Tanggal dipas kembali : Tanggal : /, Bulan : /, Tahun : / XVII. Tanggal dicabut (khusus Implan/IUD) : Tanggal : /, Bulan : /, Tahun : / XVII. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Paramedis lain : Nur Masilah SST					

KETERANGAN :
 *) Corat yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan
 **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

Lampiran 16 Kartu KB Suntik 3 Bulan

K/I/KB/11

KARTU PESERTA KB

Nama Peserta KB

: Ny. Erik

Nama Suami/Istri

: Tn. Rohman

Tgl. Lahir/Umur Istri

: 23 tahun

Alamat Peserta KB

: pucung

Tahapan KS

:

Nomor Seri Kartu

:

Nama Klinik KB

:

Nomor Kode Klinik KB

:

.....
Penanggung jawab Klinik KB/DBS

.....

[illegible]

CS Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 17 Skrining/Deteksi Dini Ibu Resiko Tinggi

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

Nama : Erik Permata Umur Ibu : 23 Th.
 Hamil ke 2 dari Haid terakhir tgl : 6/7 Perkiraan persalinan tgl : 13/4 ²⁰
 Pendidikan ibu : SMK Suami : SMK
 Pekerjaan ibu : Karyawan swasta Suami : Swasta

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	III ₂
		Skor Awal ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I ≥ 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 Th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagai kehamilan	4	4			
	9	Pernah Melahirkan dengan					
	a.	Tarikan tang/vakum	4				
	b.	Uri dirogo	4				
	c.	Diberi infusi/transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Caesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
	a.	Kurang darah					
	b.	Malaria					
	c.	TBC Paru	4				
	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 (hidramion)	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-eklamsia Berat/Kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR		6			

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	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

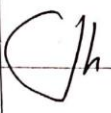
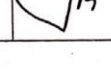
Lampiran 18 Lembar Kunjungan Pasien



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : Nirmawati
 NIM : 1711.010
 Nama Pembimbing : Sulastri, S.ST.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1.	Selasa, 17 Maret 2020	Pemeriksaan ke-1 ANC Trimester III	
2.	Selasa, 31 Maret 2020	Pemeriksaan ke-2 ANC Trimester III	
3.	Rabu, 08 April 2020	Asuhan Persalinan (INC)	
4.	Rabu, 08 April 2020	Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	
5.	Rabu, 08 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke-1 2. Asuhan Masa Nifas ke-1	
6.	Minggu, 12 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke-2 2. Asuhan masa nifas ke-2	
7.	Sabtu, 18 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke-3 2. Asuhan Masa Nifas ke-3	
8.	Minggu, 10 Mei 2020	1. Asuhan Masa Nifas ke-4	
9.	Selasa, 02 Juni 2020	Asuhan Keluarga Berencana	

Lampiran 19 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal


**Lembar Konsultasi Bimbingan
Proposal Laporan Tugas Akhir**

Nama : NIRNAWATI
NIM : 1711010
Pembimbing : SULASTRI, SST., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	Rabu 25-Maret-2020	- cover / judul : Asuhan kebidanan pada Ny "E" masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, neonatus, nifas sampai pelayanan keluarga berencana di pmb nur masillah, sst desa kedung sumber balongpanggang Gresik. - Font, spasi	
2	Senin 30-Maret-2020	- cover (font, spasi) - lembar persetujuan - data PMA Nur masillah, sst - data Puskesmas Balongpanggang	
3.	Kamis 02-April-2020	- lembar pengesahan - lembar persetujuan - kata pengantar - daftar singkatan	
4.	Sabtu 11-April-2020	- tata tulisan kurang tepat - Revisi kata pengantar - penambahan kata dan perbaikan kata	
5.	Sabtu 18-April-2020	- Penambahan data yang mencakup (Introduction, Justifikasi, Kronologi, dan solusi) pada PKM dan PMA - Revisi penulisan kata dan spasi	
6.	Senin 20-April-2020	- Penambahan solusi dan tindakan di PMA Nur Masillah, SST - penambahan solusi dan tindakan di Puskesmas Balongpanggang - perbaikan penulisan	
7	Sabtu 06-Juni-2020	- cover / judul - data PMA - Font, spasi	
8	Senin 07-Juni-2020	- perbaikan data - spasi, font	
9.	Selasa 08-Juni-2020	ACC	

Lampiran 20 Berita Acara Perbaikan Proposal



**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Nirnawati

NIM : 1711.010

Nama Penguji : Siti Mudlikah, S.ST., M.Kes

Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "E" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga
Berencana Di PMB Nur Masillah, SST Kedung Sumber Balongpanggang
Gresik

Tanggal Ujian : 12 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi
1.	12 Juni 2020	BAB 1	1	- Pembenaran tujuan continuity of care	Sudah Revisi
			2	- Pembenaran data	
			3	- Kurangi kalimat yang tidak diperlukan	
			3	- Pembenaran sumber	
			3	- Pembenaran sistematika penulisan	
			4	- Pembenaran paragraf	
2.	12 Juni 2020	BAB 2	13	- Pembenaran kerapian tulisan	Sudah Revisi
			59	- Penambahan teori fase aktif	
			76	- Penambahan teori nifas	
			82	- Penambahan teori asuhan kebidanan BBL dalam buku APN	

Gresik, 17 Juni 2020

Penguji

Siti Mudlikah, S.ST., M.Kes



**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Nirnawati
 NIM : 1711.010
 Nama Penguji : Suprpti, S.ST., M.Kes
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny."E" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana Di PMB Nur Masillah,SST Kedung Sumber Balongpanggang Gresik

Tanggal Ujian : 12 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi
1.	12 Juni 2020	Lembar Pengesahan	iii	- Tambahkan tanggal persetujuan	Sudah revisi
2.	12 Juni 2020	Daftar Riwayat Hidup	iv	- Pembenahan spasi	Sudah revisi
3.	12 Juni 2020	BAB 1	1	- Pembenahan tulisan - Pembenahan data	Sudah revisi
4.	12 Juni 2020	BAB 1	5	- Pembenahan spasi	Sudah revisi
5.	12 Juni 2020	BAB 1	6	- Pembenahan tulisan	Sudah revisi
6.	12 Juni 2020	BAB 2	8 33 56	- Pembenahan tujuan - Penambahan kata HbsAg pada pemeriksaan HB - Pembenahan gambar halaman belakang lembar observasi	Sudah revisi

Gresik, 17 Juni 2020

Penguji

Suprpti, S.ST., M.Kes

Lampiran 21 Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir



Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir

Nama : NIRNAWATI
NIM : 1711010
Pembimbing : SULASTRI, SST., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa 7 - Juli - 2020	BAB 3 - Pembahasan waktu pelaksanaan asuhan kebidanan - Pembahasan penulisan kata dan kalimat - Pembahasan masalah dalam pemeriksaan Trimester II	
2.	Rabu 8 - Juli - 2020	- Pembahasan kalimat dalam diagnosa Trimester III - Pembahasan pola kebutuhan penulisan dalam asuhan kebidanan - Pembahasan penulisan keluhan utama dan riwayat keluhan utama	
3.	Kamis 9 - Juli - 2020	- Pembahasan penulisan kata dan kalimat - Pemeriksaan Fisik dalam data objektif Neonatus dilengkapi - Pemeriksaan Fisik dalam data objektif Ibu Nifas dilengkapi	
4.	Senin 13 - Juli - 2020	- Pembahasan kalimat dalam pola pengetahuan asuhan keluarga berencana - Pembahasan kalimat dalam pola kebutuhan asuhan keluarga berencana	
5.	Selasa 14 - Juli - 2020	BAB 4 - Pembahasan penulisan kata dan kalimat - penambahan opini pada tiap asuhan - penyesuaian fakta dengan teori - penambahan sumber buku	
6.	Rabu 15 - Juli - 2020	BAB 5 - Penambahan lampiran sesuai dengan buku panduan Laporan tugas akhir yang terbaru	
7.	Senin 20 - Juli - 2020	ACC	

Lampiran 22 Berita Acara Perbaikan LTA

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : NIRNAWATI
 NIM : 1711010
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" Masa Kehamilan sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nur Masillah, SST Kedung Sumber Balongpanggang Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	- Pembenahan cover - Pembenahan ringkasan - Penambahan nomor register - Pembenahan tabel riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu - Pembenaran diagnosa - Pembenahan tabel pelaksanaan ANC TM 2 - Pembenahan implementasi pada asuhan persalinan - Pembenahan lampiran buku KIA - Pembenahan lampiran kartu KB suntik 3 bulan	

Gresik, 24 Juli 2020

Ketua Penguji,



Suprapti, S.ST., M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : NIRNAWATI
 NIM : 1711010
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" Masa Kehamilan sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nur Masillah, SST Kedung Sumber Balongpanggang Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	- Menyesuaikan kebutuhan kala 2 persalinan sesuai dengan APN - Menambahkan kalimat pada pendampingan keluarga - Menambahkan kalimat his pada pemeriksaan fisik - Menambahkan kebutuhan pada	

Gresik, 24 Juli 2020
 Penguji I,



Siti Mudlikah, S.ST.,M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : NIRNAWATI
 NIM : 1711010
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" Masa Kehamilan sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nur Masillah, SST Kedung Sumber Balongpanggang Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
	Tanpa revisi	

Gresik, 24 Juli 2020
 Penguji II,



Sulastri, S.ST., M.Kes