

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 NISBANINGSIH,S.ST. KARANGTURI 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.	Persiapan Ujian Proposal																						
5.	Ujian Proposal																						
6.	Penyusunan LTA																						
7.	Persiapan Ujian LTA																						
8.	Ujian LTA																						

Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Lahan Praktek



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor: 048/II.3.UMG/PBdn/F/2020

Lamp. : -

Hal : *Surat Pengantar Ijin Penelitian*

Kepada Yth.

Bidan Nisbaningsih, S.ST

Karang Turi 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	:	Winda Isnawati
NPM	:	1711017
Alamat	:	Dsn. Bendil Jaya Kepatihan Menganti Gresik
Judul LTA	:	Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny."Y" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di Nisbaningsih, S.ST Karang Turi 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.



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 Permohonan Izin Lahan Praktek



**PRAKTIK MANDIRI BIDAN
BIDAN NISBANINGSIH, S.ST
KARANG TURI GRESIK**



Gresik, 13 Maret 2020

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

Kepada
Yth. Ka. Prodi D3 Kebidanan
Fakultas Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gresik
Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara perihal permohonan Lahan Praktek untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik. Maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini.

Nama : Winda Isnawati
NIM : 1711.017
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny "E" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih, S.ST. Karang Turi Gresik.

Telah betul-betul melakukan praktek diwilayah kerja kami di PMB Nisbaningsih S.ST Karang Turi Gresik.

Praktek Mandiri Bidan
Nisbaningsih S.ST

Lampiran 4 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Winda Isnawati

NIM : 1711.017

Adalah mahasiswa program studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik. Sebagai pernyataan kelulusan di semester enam, saya ditugaskan untuk melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (Hamil-Bersalin-Nifas-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 dengan selesai masa nifas.** Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaanya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

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

Gresik, 11 Maret 2020

Mahasiswa



Winda Isnawati

NIM : 1711.008

Lampiran 5 Persetujuan Sebagai Responden

Persetujuan Sebagai Responden

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Elmy Mufaroh
 Umur : 33 th
 Pekerjaan : PT. FAS (wirausaha)
 Alamat : Jl. Uswatun Sadar gg. II no. 9

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 menyusun Laporan Tugas Akhir sebagai salah satu syarat kelulusan semester akhir di Program Studi D3 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, 11 Maret 2020

Responden



(... Elmy Mufaroh ...)

Lampiran 6 Buku KIA

Ditulis oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 29 - 6 - 2019
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 5 - 9 - 2020
Lingkar Lengan Atas: 33 cm; KEK (), Non KEK (✓) Tinggi Badan: 157 cm
Colongan Darah: A
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: KB suntik 1 bulan
Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM (-), Hipertensi (-), Jantung (-)
(Gemelli (-))
Riwayat Alergi: (-)

Tgl	Keluahan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
8/9	pusing - muat muntah	100 / 70	66	10 minggu	kedua	lembab	-
10/9	Taa	110 / 80	67,5	14 minggu	2 jr	R s y m p t o s i s	
12/9	Taa.	100 / 80	66	19 minggu	Vakansi	letak	140 x / min
07/10	Taa.	100 / 70	69	24 minggu	Sehingga	letak	145 x / min
7/10	Taa.	110 / 80	69	28 minggu	38 cm	letak	144 x / min
24/10	Taa.	100 / 80	70	33 minggu	Vakansi	letak	144 x / min
9/11	Taa.	100 / 70	71	34 minggu	Vakansi	letak	146 x / min
23/10	Taa	110 / 80	73	38-39 minggu	Pertengahan	letak	142 x / min
31/10	Kenceng xx	110 / 80	73	39-40 minggu	Pertengahan	letak	145 x / min

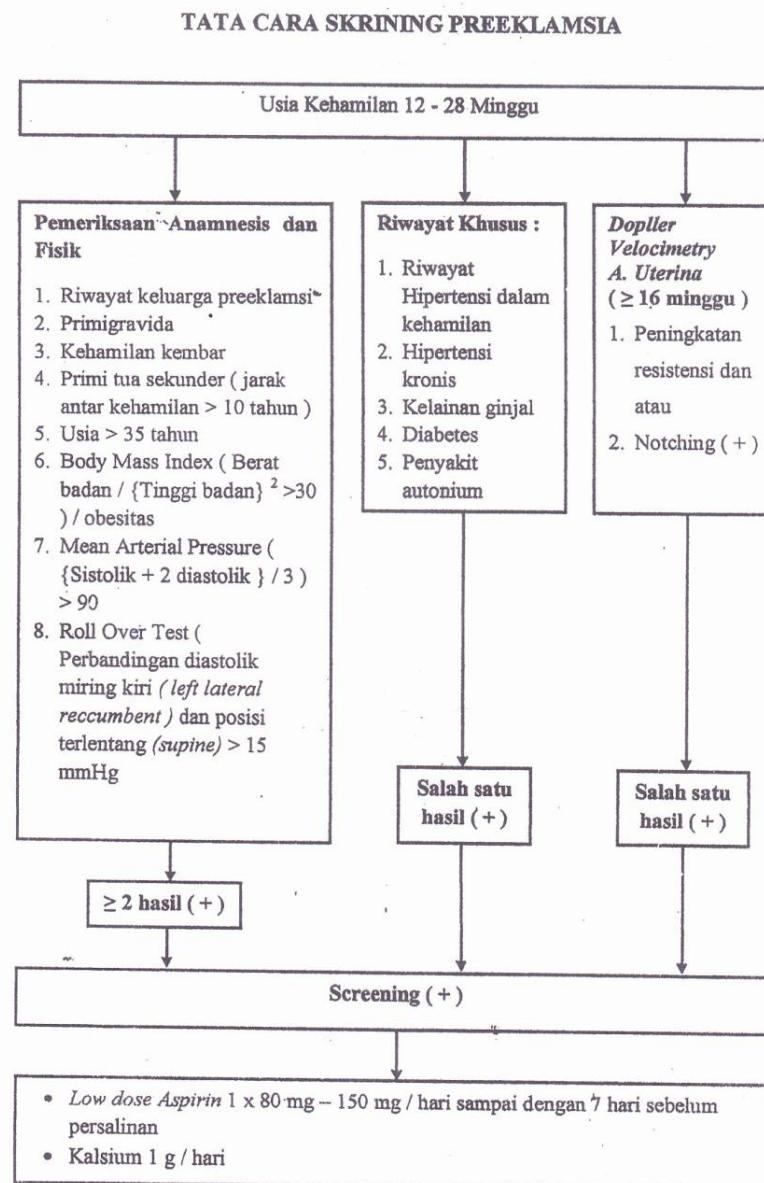
Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 3 Jumlah persalinan 2 Jumlah keguguran 0 G 3 P 2 A 0
 Jumlah anak hidup 2 Jumlah lahir mati 0
 Jumlah anak lahir kurang bulan 1 anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 1 tahun
 Status imunisasi TT terakhir 7/5 [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir Bidan
 Cara persalinan terakhir** Spontan/Normal [] Tindakan

** 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
(-) / +	-	makrogl. carsida mirasik	1 bln 1stribat pro lab.	✓ istribat	1 bln lagn
(-) / +	$H_1 B = 11$ $A_1 B_3 (-)$	$G_{TT} = 118$ $Red = (-)$	TX istribat	✓ istribat	c / 1 bln lagn
(-) / +	-	calcid. gastamin.	+ bln 1stribat	✓ istribat	c / 1 bln lagn
(+) / +	-	calcid. Gestamin.	1stribat nutrisi	✓ istribat	c / 1 bln lagn
(+) / +	-	+ x dilaluk.	1stribat nutrisi	✓ istribat	c / 1 bln lagn
(+) / +	-	sidan alkt.	1stribat nutrisi pro lab.	✓ istribat	c / minggu lagn
(+) / +	$H_1 B = 11$ $A_1 B = - pedik$	$G_{TT} = 118$ + x dilaluk	1 bln 1stribat	✓ istribat	c / minggu lagn
(-) / +	-	Neuroder stibion	Nutrisi 1stribat	✓ istribat	2 minggu lagn
(-) / +	-	TX lagnut	Nutrisi 1stribat	✓ istribat	c / bila ada ketidak
- / +					
- / +					

Lampiran 7 Tata Cara Skrining Pre Eklampsia



Lampiran 8 Skrining Skor Poedji Rochjati

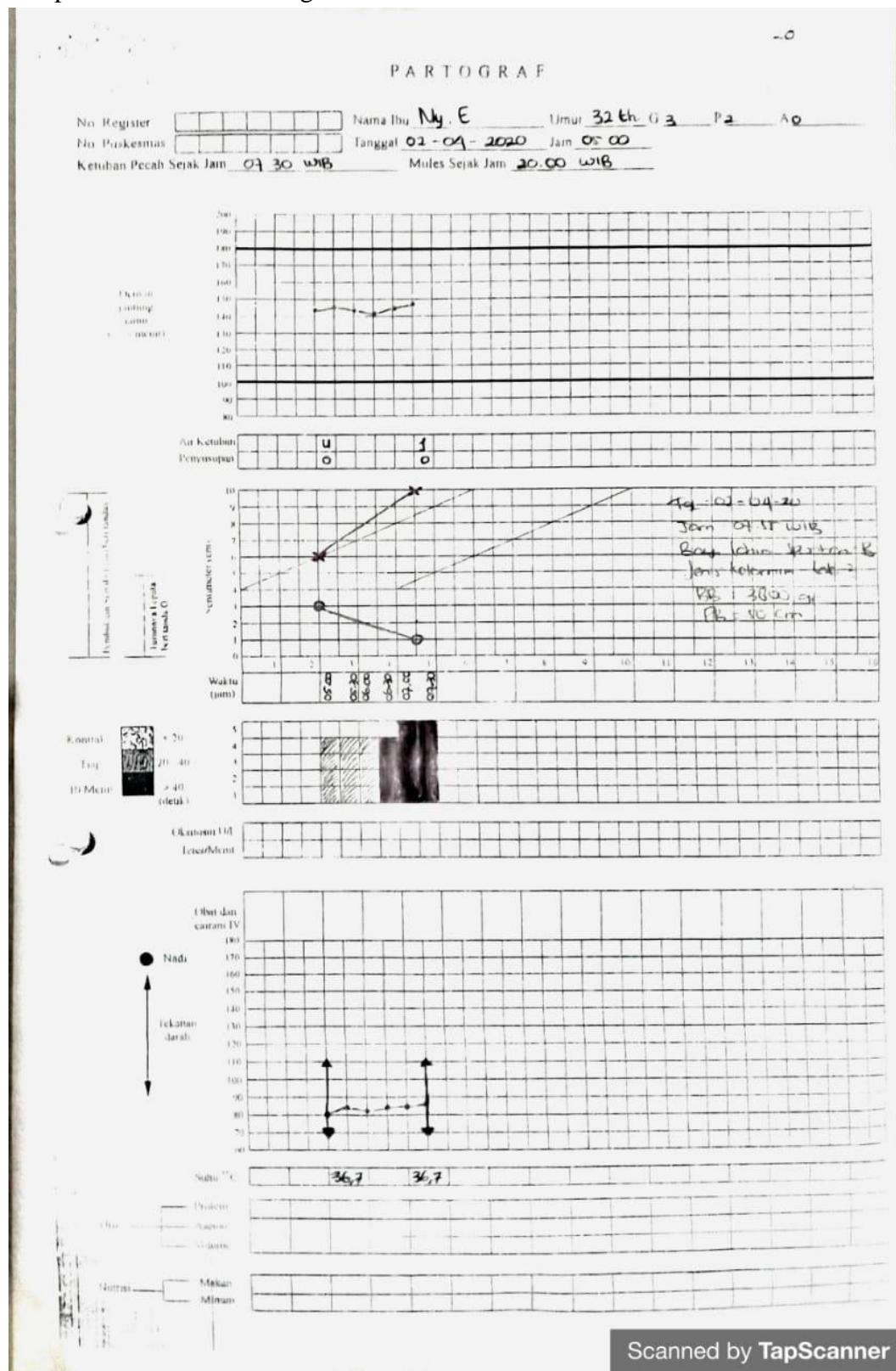
SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN								
Nama : Ny. Elmey Muafidah Umur Ibu: 32 Th. Hamil ke ... 3 Haid terakhir tgl 29/06/19 Perkiraan persalinan tgl: 05 - 09/07/2020 Pendidikan ibu : SMA Suami : Dr. Slamet Pramono Pekerjaan ibu : Swasta Suami :								
KEL. F.R	NO.	Masalah/Faktor Risiko		SKOR	Tribulan			
					I	II		III
		Skor Awal ibu Hamil		2	2	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	Pemah gagal kehamilan		4				
	9	Pernah Melahirkan dengan						
	a. Tarikan tang/vakum		4					
	b. Uri dirogh		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	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 (hidramnion)		4			
		15	Bayi mati dalam kandungan		4			
		16	Kehamilan lebih bulan		4			
III	17	Letak sungsang		8				
	18	Letak lintang		8				
	19	Pendarahan dalam kehamilan ini		8				
	20	Pre-eklamsia Berat/Kejang-kejang		8				
			JUMLAH SKOR					
PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA								
JML SKOR	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
	KEL. RISIKO	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	RUJUKAN		
	RDB	RDR	RTW					
≤ 2	KRS	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
3-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			
Kematian ibu dalam kehamilan :							1. Abortus	2. lain-lain

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 : Melahirkan tanggal 02 / 04 / 2020					
RUJUKAN DARI : 1 Sendin 2 Dukun 3 Bidan 4 Puskesmas		RUJUKAN DARI : 1 Bidan 2 Puskesmas 3 Rumah Sakit		RUJUKAN DARI : 1 Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim 2 Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3 Rujukan Terlambat (RTt)	
Gawat Obsterik : Kel. Faktor Risiko I & II 1 2 3 4 5 6 7					
Gawat Darurat Obsterik : <ul style="list-style-type: none"> • Kel. Faktor Risiko III 1 Pendarahan antepartum 2 Ektamsia • Komplikasi Obstetrik 3 Pendarahan postpartum 4 Uri Teringgal 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 pervaginaan 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 2900 gram Laki-2 Perempuan 2 Lahir hidup Apgar Skor 8-9 3 Lahir mati penyebab 4 Mati kemudian umur hr penyebab 5 Kelainan bawaan tidak ada/ada					
TEMPAT PERSALINAN : ② 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 Senilai 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 Tidak Sumber Biaya : Mandiri - Bantuan					

Lampiran 9 Lembar Penapisan

PENAPISAN IBU BERSALIN		
DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT		
1	Riwayat bedah sesar	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Pendarahan per vaginam	<input type="checkbox"/>
3	Persalinan kurang bulan (< 37 mg)	<input type="checkbox"/>
4	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)	<input type="checkbox"/>
5	Ketuban pecah pada persalinan kurang buan (< 27 mg)	<input type="checkbox"/>
6	Ikterus	<input type="checkbox"/>
7	Anemi berat	<input type="checkbox"/>
8	Tanda / gejala infeksi	<input type="checkbox"/>
9	Pre ekklamsi / hypertensi dalam kehamilan	<input type="checkbox"/>
10	Tflu 40 cm atau lebih	<input type="checkbox"/>
11	Gawat janin	<input type="checkbox"/>
12	Premi para fase aktif dengan palpasi kecuaia janin masih 5/5	<input type="checkbox"/>
13	Presentasi bukan Belakang Kepala	<input type="checkbox"/>
14	Presentasi ganda	<input type="checkbox"/>
15	Kehamilan gemeli	<input type="checkbox"/>
16	Tali pusat menumbung	<input type="checkbox"/>
17	Syok	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>

Lampiran 10 Lembar Partograf



CATATAN PERSALINAN										
1.	Tanggal 02 - 04 - 2020									
2.	Nama Bidan Nisbetningrith, S.A.T									
3.	Tempat Persalinan									
	<input type="checkbox"/> Rumah Ibu		<input type="checkbox"/> Puskesmas							
	<input checked="" type="checkbox"/> Polindes		<input type="checkbox"/> Klinik Swasta							
	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit		<input type="checkbox"/> Lainnya							
4.	Alamat tempat persalinan									
5.	Catatan Rujuk Kala I/II/ III/ IV									
6.	Alasan Merujuk -									
7.	Tempat rujukan -									
8.	Tanggal Rujukan -									
9.	Pendamping saat merujuk									
	<input type="checkbox"/> Bidan		<input type="checkbox"/> Teman		<input type="checkbox"/> Suami		<input type="checkbox"/> Dokun		<input type="checkbox"/> Keluarga	<input type="checkbox"/> Tidak ada
10.	Masalah dalam kehamilan / persalinan ini									
	<input type="checkbox"/> Gairah darurat		<input type="checkbox"/> Pendarahan		<input type="checkbox"/> HDK		<input type="checkbox"/> Infeksi		<input type="checkbox"/> PMTCT	
KALA I										
11.	Paragrapgh melewati garis waspada: <input checked="" type="checkbox"/>									
12.	Masalah lain. Sebutkan -									
13.	Penatalaksanaan masalah tsb -									
14.	Hasilnya Kala I Fisiologis									
KALA II										
15.	Episiotomi									
	<input type="checkbox"/> Ya, indikasi		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak							
16.	Pendamping pada saat Persalinan									
	<input type="checkbox"/> Teman		<input checked="" type="checkbox"/> Suami		<input type="checkbox"/> Dokun		<input type="checkbox"/> Keluarga		<input type="checkbox"/> Tidak ada	
17.	Gawat Janin									
	<input type="checkbox"/> Ya, Tindakan yang dilakukan		<input type="checkbox"/> Tidak							
	a.		b.							
	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak		<input type="checkbox"/> Pemantauan DJJ setiap 5- 10 Menit selama KALA II. Hasil							
18.	Distosia Bahu									
	<input type="checkbox"/> Ya, Tindakan yang dilakukan		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak							
19.	Masalah lain. Penatalaksanaan masalah tsb									
20.	Hasilnya Kala II Fisiologis									
KALA III										
21.	Inisiasi menyusui dini									
	<input checked="" type="checkbox"/> Ya		<input type="checkbox"/> Tidak, Alasan							
22.	Lama Kala III 5 Menit									
23.	Pemberian Oksitosin 10 U IM ?									
	<input checked="" type="checkbox"/> Ya, Waktu 1 Menit sesudah persalinan		<input type="checkbox"/> Tidak, alasan							
	Penjepit tali pusar		1 Menit Setelah bayi lahir							
24.	Pemberian Ulang Oksitosin (2X) ?									
	<input type="checkbox"/> Ya, alasan		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak							
TABEL PEMANTAUAN KALA IV										
Jam ke	Waktu	Pekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Konteks Utama	Rangsang Kehamilan	Darah yang keluar		
08.15.04.06	110/80 mmHg	82 x/menit	36.9°C	2 jam 20 menit	Batu, tetes	Kering				
08.30.04.06	110/70 mmHg	80 x/menit	36.7°C	2 jam 20 menit	Batu, tetes	Kering				
08.45.04.06	120/80 mmHg	88 x/menit	36.7°C	2 jam 20 menit	Batu, tetes	Kering				
09.00.04.06	110/70 mmHg	86 x/menit	36.7°C	2 jam 20 menit	Batu, tetes	Kering				
09.30.04.06	110/70 mmHg	86 x/menit	36.7°C	2 jam 20 menit	Batu, tetes	Kering				
10.00.04.06	110/70 mmHg	86 x/menit	36.7°C	2 jam 20 menit	Batu, tetes	Kering				
Masalah lain. Sebutkan Hasilnya Notabene Alergi Fisiologis										
Masalah lain ? Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut										

Lampiran 11 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir

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

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: 02 - 04 - 2020	Tgl: 08 - 09 - 2020	Tgl: 16 - 09 - 2020
Berat badan (gram)	3.800 gr	3.900 gr	4.000 gr
Panjang badan (cm)	50 cm	50 cm	51 cm
Suhu (°C)	37 °C	36,5 °C	36,7 °C
Frekuensi nafas (x/menit)	42 x/menit	55 x/menit	43 x/menit
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	143 x/menit	136 x/menit	139 x/menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa ikterus	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa diare	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa status Vit K1	Sudah $\frac{2}{4}$ /2020	-	-
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	HB0 Sudah $\frac{2}{4}$ /2020 BCG Belum	BCG, Polio 1 07 - 09 - 2020	-
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	-	-	-
• SHK Ya / Tidak	-	-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
• Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Tindakan (terapi/referensi/umpam balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	Nishaningsih SST	Nishaningsih SST	Nishaningsih SST

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

Lampiran 12 Catatan Kesehatan Ibu Nifas

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)	
	Tgl 2-4-20	Tgl 8-4-20	Tgl 16-4-20	15-5-20
	Baik	Baik	Baik	Baik
Kondisi ibu secara umum				
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	TD = 110/70, N = 80	TD = 120/80, N = 80	TD = 110/70, N = 80	TD = 120/80, N = 80
Perdarahan peryaginam	S = 300, PR = 20	S = 200, PR = 20	S = 300, PR = 20	S = 200, PR = 20
Kondisi perineum	Normal	Normal	Normal	Normal
Tanda infeksi	Utuh	Baik	Baik	Baik
Kontraksi uterus	Tidak Akt.	Tidak Akt.	Tidak Akt.	Tidak Akt.
Tinggi Fundus Uteri	Baik, keras	Baik, keras	Baik, keras	Baik, keras
Lokhia	2jar, berasat	Pertengahan	Tidak ada	Tidak ada
Pemeriksaan jalan lahir	Rubor	Sengakalate	Serosa	Abras
Pemeriksaan payudara	Normal	Normal	Normal	Normal
Produksi ASI	Tidak cek masalah	Tidak cek masalah	Tidak cek masalah	Tidak cek masalah
Pemberian Kapsul Vit.A	Baik ASI Caesareum	Baik	Baik	Baik
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	Sudah	Sudah	Sudah	-
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-	-
Buang Air Besar (BAB)	(-)	(+)	(+)	(+)
Buang Air Kecil (BAK)	(+)	(+)	(+)	(+)
Membeli 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	✓	✓	✓	✓
Melakukan kebersihan diri termasuk kebersihan daerah genital, ganti pembalut sesering mungkin	✓	✓	✓	✓
istirahat cukup saat bayi tidur ibu istirahat	✓	✓	✓	✓
Jika ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	-	-	-	-
La al menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja ASI eksklusif selama 6 bulan	✓	✓	✓	✓
Elewatan bayi yang benar	✓	✓	✓	✓
Angan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena kini membuat bayi stress.	✓	✓	✓	✓
Memberikan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓	✓	✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	-	-	-	-

Kunjungan Nifas/ Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl : 02 - 04 - 2020 Jam = 14.00 WIB	P ₃₀₀₀₃ 6 jam Post Partum Fisiologis
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl : 08 - 04 - 2020 Jam = 16.00 WIB	P ₃₀₀₀₃ 6 hari post partum fisiologis
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl : 16 - 04 - 2020 Jam = 16.00 WIB	P ₃₀₀₀₃ 2 minggu post partum fisiologis
Kunjungan Nifas 4 Tgl : 15 - 05 - 2020 Jam : 16.00 WIB	P ₃₀₀₀₃ 6 minggu Post partum fisiologis
Kesimpulan Akhir Nifas Keadaan Ibu**: <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Meninggal Komplikasi Nifas**: <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Lain-lain: Depresi post partum Keadaan Bayi**: <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Meninggal	
**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai	

Lampiran 13 Catatan Imunisasi Anak

Scanned by TapScanner

CATATAN IMUNISASI ANAK

Tgl Lahir : 02 - 04 - 2020

Tgl Kehamilan : 02 - 06 - 2020
Kehamilan : 7 - 7 - 2020

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

Vaksin	UMUR (BULAN)	18	24

38

Jadwal lepas 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 MTBM KN 1

Form MTBM Hal. 1 /2		No Register Bayi: _____	
Kab: _____	Puskesmas: _____	Polindes: _____	
FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN			
Tanggal: 02/09/2010 Nama bayi: Bayi Ny Elmry M Nama Orang Tua: Ny Elmry Muafidah Alamat: K. Usman Suka Sari No. 11 Nang Umur: 6 Jam Berat badan: 3800 gram Suhu tubuh: 37 °C Tanyakan: Bayi ibu sakit apa? (-) Kunjungan pertama? <input checked="" type="checkbox"/> Kunjung ulang? _____			
PENILAIAN (Ingkarlah semua tanda/gejala yang ditemukan)		KLASIFIKASI TINDAKAN/PENGOBATAN	
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-) <ul style="list-style-type: none"> * Ada riwayat kejang * Terdapat tanda/gejala kejang <ul style="list-style-type: none"> - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba - tiba - gerakan yang tidak terkontrol pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut meremuk - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan 			
Mungkin	kejang	<ul style="list-style-type: none"> - Agen ibu Caco merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan besar bayi muda 	
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS (-) <ul style="list-style-type: none"> * Napas berantai lebih dari 20 detik. * Hitung napas dalam 1 menit_kali/menit. <ul style="list-style-type: none"> - Ulang jika ≥ 60 kali/menit, hitung napas kedua_kali/menit. Napas cepat. - Napas lambat (< 30). * Bayi lampas biru. * Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. * Pernapasan cuiping hidung. * Bayi merintih 		Tidak Ada gejagan normal	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan cucihan besar bayi muda
Mungkin			
MEMERIKSA HIPOTERMIA (-) <ul style="list-style-type: none"> * Suhu tubuh < 36°C, antara 36°C - 36,4°C. * Seluruh tubuh terasa dingin disertai: <ul style="list-style-type: none"> - mengantuk/letargis - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (siderema). * Kekalutan terasa dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal. 		Tidak Ada hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan cucihan besar bayi muda
Mungkin	infeksi		
MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFENSI BAKTERI (-) <ul style="list-style-type: none"> * Bayi mengantuk/letargis atau tidak sadar. * Ada kejang disertai salah satu tanda/gejala infeksi lainnya. * Ada gangguan napas. * Melah minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah. * Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (siderema). * Ubun - ubun cembung. * Suhu tubuh > 37,5°C atau tubuh terasa panas. * Suhu tubuh < 35°C atau tubuh terasa dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya. 			
Mungkin			
MEMERIKSA IKTERUS (-) <ul style="list-style-type: none"> * 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 putih/siku atau lebih. 		Tidak ada ikterus	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan cucihan besar bayi muda
Mungkin			
MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) <ul style="list-style-type: none"> * Bayi muntah. <ul style="list-style-type: none"> - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau - Bayi gelisah/revert dan pusing/kembung atau tegang - Terabas air nafas atau hidung. - Air lidur berdebu/kataketul atau merusak. * Bayi belum buang air besar dalam 24 jam terakhir **. * Penekaan lubang anus dengan menggunakan termometer **. <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat tulang endai * Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare. <p>**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.</p>		Mungkin luntur gejagan Saluran cerca	<ul style="list-style-type: none"> - Agen ibu Caco merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan besar bayi muda

Form MTBM Hal. 2/2		No. Register Bayi: <u>SLI-METM-mm</u>																			
Kab : _____ Puskesmas : _____ Polindes : _____																					
** PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PENILAIAN</th> <th>KLASIFIKASI</th> <th>TINDAKAN/PENGOBATAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari (-) Kedean umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letergi atau tidak sadar (-) Gelisah atau rewel (-) Mata cekung (-) Cubitlan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) (-) Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. (-) </td> <td> <p><i>Dare tarza obihidran</i></p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan, setia, rendah, tahan lenguh - lakukan cuci tangan bayi mudah - Kembalikan bayi ke karen untuk kembalikan - Tumpukkan bayi dalam posisi duduk dengan keringat </td> </tr> <tr> <td> <p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir ____ g⁺ <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g⁺ - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g⁺ Berat badan menurut umur <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? Apakah bayi diberi ASI ? Ya <u>✓</u> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>sepuasnya</u> kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>—</u> kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi ? Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut Ada celah bibir/langit-langit <p>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</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEK :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menetek bayinya - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah minum menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> 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) <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar, Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke depan ibunya - badan bayi dekat ke ibunya posisi tidak benar - posisi benar Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi iari/iarhat - hanya terdengar suara menelan <p>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</p> <p>* Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI</p> <p>Ya <u>✓</u> Tidak _____</p> </td> <td colspan="2"> <p>Pemberian Vit K1 hari ini <u>02 - 09 - 2020</u></p> </td> </tr> <tr> <td> <p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>Hepatitis B1 <u>✓</u> BCG _____</p> </td> <td colspan="2"> <p>Imunisasi yang diberikan hari ini : <u>HIB 0 02 - 09 - 2020</u></p> </td> </tr> <tr> <td> <p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Toc.</u></p> </td> <td colspan="2"> <p>Nasihat ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Toc.</u></p> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			PENILAIAN	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN	<p>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari (-) Kedean umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letergi atau tidak sadar (-) Gelisah atau rewel (-) Mata cekung (-) Cubitlan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) (-) Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. (-) 	<p><i>Dare tarza obihidran</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tangan, setia, rendah, tahan lenguh - lakukan cuci tangan bayi mudah - Kembalikan bayi ke karen untuk kembalikan - Tumpukkan bayi dalam posisi duduk dengan keringat 	<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir ____ g⁺ <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g⁺ - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g⁺ Berat badan menurut umur <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? Apakah bayi diberi ASI ? Ya <u>✓</u> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>sepuasnya</u> kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>—</u> kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi ? Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut Ada celah bibir/langit-langit <p>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</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEK :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menetek bayinya - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah minum menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> 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) <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar, Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke depan ibunya - badan bayi dekat ke ibunya posisi tidak benar - posisi benar Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi iari/iarhat - hanya terdengar suara menelan <p>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</p> <p>* Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>	<p>MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI</p> <p>Ya <u>✓</u> Tidak _____</p>	<p>Pemberian Vit K1 hari ini <u>02 - 09 - 2020</u></p>		<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>Hepatitis B1 <u>✓</u> BCG _____</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : <u>HIB 0 02 - 09 - 2020</u></p>		<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Toc.</u></p>	<p>Nasihat ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari</p>		<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Toc.</u></p>		
PENILAIAN	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN																			
<p>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari (-) Kedean umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letergi atau tidak sadar (-) Gelisah atau rewel (-) Mata cekung (-) Cubitlan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) (-) Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. (-) 	<p><i>Dare tarza obihidran</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tangan, setia, rendah, tahan lenguh - lakukan cuci tangan bayi mudah - Kembalikan bayi ke karen untuk kembalikan - Tumpukkan bayi dalam posisi duduk dengan keringat 																			
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir ____ g⁺ <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g⁺ - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g⁺ Berat badan menurut umur <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? Apakah bayi diberi ASI ? Ya <u>✓</u> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>sepuasnya</u> kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>—</u> kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi ? Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut Ada celah bibir/langit-langit <p>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</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEK :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menetek bayinya - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah minum menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> 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) <u>(✓)</u> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar, Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke depan ibunya - badan bayi dekat ke ibunya posisi tidak benar - posisi benar Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi iari/iarhat - hanya terdengar suara menelan <p>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</p> <p>* Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>																					
<p>MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI</p> <p>Ya <u>✓</u> Tidak _____</p>	<p>Pemberian Vit K1 hari ini <u>02 - 09 - 2020</u></p>																				
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>Hepatitis B1 <u>✓</u> BCG _____</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : <u>HIB 0 02 - 09 - 2020</u></p>																				
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Toc.</u></p>	<p>Nasihat ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari</p>																				
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Toc.</u></p>																					

Lampiran MTBM KN 2

Form MTBM Hal. 1 /2		No Register Bayi _____	
Kab. : _____		Puskesmas : _____	
FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN			
Tanggal : <u>08/09/2020</u> Nama bayi : <u>Bayi Nya Elmira M</u> Nama Orang Tua : <u>Ny. Elmira Mutiaroh</u> Alamat : <u>Jl. Usman Sardar Gg. II No. 9</u> Umur : <u>6 Hari</u> Berat badan : <u>3.900</u> gram Suhu tubuh : <u>36,5 °C</u> Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? <u>(-)</u> Kunjungan pertama ? _____ Kunjung ulang ? <u>✓</u>			
PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)		KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG <u>(-)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang : <ul style="list-style-type: none"> - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking iba - iba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencuci - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa ransgengen 		Mungkin bukan kejang	<ul style="list-style-type: none"> - Ajari Ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan asutan dasar bayi muda
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS <u>(-)</u> <ul style="list-style-type: none"> • 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 nafas	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan asutan dasar bayi muda
MEMERIKSA HIPOTERMIA <u>(-)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh < 36°C, antara 36°C - 36,4°C. • Seluruh tubuh teraba dingin disertai : <ul style="list-style-type: none"> - mengantuk/lelah - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (sklerema). - Kaki/tangan teraba dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal. 		Tidak ada hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan asutan dasar bayi muda
MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFENSI BAKTERI <u>(-)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi mengantuk/lelah 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	<ul style="list-style-type: none"> - Ajari Ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan asutan dasar bayi muda
MEMERIKSA IKTERUS <u>(-)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi kuning. Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir, • Kuning pada umur 3 < 14 hari • Kuning ditularkan pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan • Tinja berwarna pucat. • Kuning sampai lutut/siku atau lebih. 		Tidak ada ikterus	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan asutan dasar bayi muda
MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA <u>(-)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi muntah. <ul style="list-style-type: none"> - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau - Bayi gelisah/tidak tenang/tidak tidur/bangun atau tegang - Teraba pembolong mata di perutnya - Atrial berdebaran atau keluar-lurus-menerus. • Bayi belum buang air besar dalam 24 jam terakhir **). • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer **). <ul style="list-style-type: none"> - "Tidak terasa perut bangun andi" • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare. <p>**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.</p>		Mungkin bukan gangguan saluran cerna	<ul style="list-style-type: none"> - ajari Ibu cara merawat bayi di rumah

Form MTBM Hal. 2/2		No. Register Bayi: _____																																				
Kab : _____ Puskesmas : _____ Polindes : _____																																						
** PENILAIAN (lingkarlah semua tanda/pejala yang ditemukan)																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ?</th> <th>Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></th> <th>KLASIFIKASI</th> <th>TINDAKAN/PENGOBATAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keduaan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelasah atau rewel. (-) Mata cekung Cubitlan kulit perut kembalinya: (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cemar. (-) </td> <td>Diare tanpa dehidrasi</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan, Sena, pencanaan terap. - Lakukahn asuhan dasar bagi mudah - Nasofrotik, Ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungi yang dalam 2 kali sehari </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir: ____ g* <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g* - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g* Berat badan menurut umur. <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Apakah bayi diberi ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - 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/tangit-langit </td> <td>Bb rendah sewai limur dan tidak ada mazah pooh Pembuahan AS?</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukahn asuhan dasar bagi mudah - Pujilah ibu kontra belah memberikan minum ASI terapak bayinya dengan beran </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEKI. <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> - Jika TIDAK minta ibu menetekinya lagi - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi <p>Amali pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek. <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah bayi melekat dengan baik. Dagu bayi menempel payudara ibu-mulut bayi lurukba lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak <p><i>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik (melekat dengan baik)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <p><i>posisi tidak benar - posisi benar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan <p><i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</i></p> <p>*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p> </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ </td> <td colspan="2"> Pemberian Vit K1 hari ini </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <u>02/20</u> BCG <u>08/09/20</u> </td> <td colspan="2"> Imunisasi yang diberikan hari ini : </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Tua</u> </td> <td colspan="2"> Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Tua</u> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ?	Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN	<ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keduaan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelasah atau rewel. (-) Mata cekung Cubitlan kulit perut kembalinya: (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cemar. (-) 		Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> - Tangan, Sena, pencanaan terap. - Lakukahn asuhan dasar bagi mudah - Nasofrotik, Ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungi yang dalam 2 kali sehari 	MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir: ____ g* <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g* - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g* Berat badan menurut umur. <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Apakah bayi diberi ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - 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/tangit-langit 		Bb rendah sewai limur dan tidak ada mazah pooh Pembuahan AS?	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukahn asuhan dasar bagi mudah - Pujilah ibu kontra belah memberikan minum ASI terapak bayinya dengan beran 	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. <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> - Jika TIDAK minta ibu menetekinya lagi - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi <p>Amali pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek. <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah bayi melekat dengan baik. Dagu bayi menempel payudara ibu-mulut bayi lurukba lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak <p><i>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik (melekat dengan baik)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <p><i>posisi tidak benar - posisi benar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan <p><i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</i></p> <p>*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>				MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____		Pemberian Vit K1 hari ini		MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <u>02/20</u> BCG <u>08/09/20</u>		Imunisasi yang diberikan hari ini :		MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Tua</u>		Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari		MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Tua</u>			
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ?	Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN																																			
<ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keduaan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelasah atau rewel. (-) Mata cekung Cubitlan kulit perut kembalinya: (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cemar. (-) 		Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> - Tangan, Sena, pencanaan terap. - Lakukahn asuhan dasar bagi mudah - Nasofrotik, Ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungi yang dalam 2 kali sehari 																																			
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir: ____ g* <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g* - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g* Berat badan menurut umur. <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Apakah bayi diberi ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - 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/tangit-langit 		Bb rendah sewai limur dan tidak ada mazah pooh Pembuahan AS?	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukahn asuhan dasar bagi mudah - Pujilah ibu kontra belah memberikan minum ASI terapak bayinya dengan beran 																																			
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. <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> - Jika TIDAK minta ibu menetekinya lagi - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi <p>Amali pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek. <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah bayi melekat dengan baik. Dagu bayi menempel payudara ibu-mulut bayi lurukba lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak <p><i>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik (melekat dengan baik)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <p><i>posisi tidak benar - posisi benar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan <p><i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</i></p> <p>*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>																																						
MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____		Pemberian Vit K1 hari ini																																				
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <u>02/20</u> BCG <u>08/09/20</u>		Imunisasi yang diberikan hari ini :																																				
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Tua</u>		Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari																																				
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Tua</u>																																						
<i>Nurbaningrum, S.FT</i> NIP/NRPTT : _____																																						

Lampiran MTBM KN 3

Form MTBM Hal. 1 /2		No. Register Bayi _____																											
Kab. _____ Puskesmas : _____		Polindes : _____																											
FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN																													
Tanggal <u>16/04/2020</u> Nama bayi <u>Bby. Ny Elmry M</u> Nama Orang Tua <u>Ny Elmry Mutiarah</u> Alamat <u>Jl. Umar Kacaba Raya, II No.9</u> Umur <u>2 minggu</u> Berat badan <u>4.000 gr</u> gram Suhu tubuh <u>36,3 °C</u> Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? <u>(-) ✓</u> Kunjungan pertama ? _____ Kunjung ulang ? <u>✓</u>																													
PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-)</th> <th style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">KLASIFIKASI</th> <th style="text-align: left; padding-bottom: 5px;">TINDAKAN/PENGOBATAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> • Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak ter kendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencuci - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan </td> <td style="padding-top: 5px; text-align: center;"> mungkin bukan kejang </td> <td style="padding-top: 5px;"> - Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda </td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> 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 meninah </td> <td style="padding-top: 5px; text-align: center;"> tidak ada gejala nafas </td> <td style="padding-top: 5px;"> - Lakukan cucihan dasar bayi muda </td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> MEMERIKSA HIPOTERMIA (-) • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$, antara $36^{\circ}\text{C} - 36,4^{\circ}\text{C}$. • 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. </td> <td style="padding-top: 5px; text-align: center;"> tidak ada hipotermia </td> <td style="padding-top: 5px;"> - Lakukan cucihan dasar bayi muda </td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFENSI 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). • Ubur - ubur cembung • Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ atau tubuh teraba panas. • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau tubuh teraba dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya. </td> <td style="padding-top: 5px; text-align: center;"> mungkin bukan infeksi </td> <td style="padding-top: 5px;"> - Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda </td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> • Pustul kulit: apakah sedikit atau banyak/parah ? • Mata bernanah: apakah sedikit atau banyak ? • Nonah keluar dari telinga. • Pusar kemerahan: apakah meluas sampai ke kulit perut atau bernanah ? • Pusar berbau busuk ? </td> <td style="padding-top: 5px;"></td> <td style="padding-top: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> MEMERIKSA IKTERUS (-) • Bayi kuning. Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir. • Kuning pada umur $3 - < 14$ hari • Kuning ditutupi pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan • Tinja berwarna pucat. • Kuning sampai lutut/siku atau lebih. </td> <td style="padding-top: 5px; text-align: center;"> tidak ada ikterus </td> <td style="padding-top: 5px;"> - Lakukan cucihan dasar bayi muda </td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 5px;"> MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) • Bayi muntah. - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau • Bayi gagah/tenggorokan retak/kembung atau tegang • Teraba benjolan matang/gelombang • Aflatir. Detak irama tidak konsisten/mulus/menerus. • Bayi cuaca cuaca air besar dalam 24 jam terakhir **. • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer **. - Tidak terdapat kudang/angkit • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare. </td> <td style="padding-top: 5px; text-align: center;"> mungkin bukan gangguan saluran cerna </td> <td style="padding-top: 5px;"> - Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <small>**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.</small> </td> </tr> </tbody> </table>			MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN	• Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak ter kendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencuci - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	mungkin bukan kejang	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan 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 meninah	tidak ada gejala nafas	- Lakukan cucihan dasar bayi muda	MEMERIKSA HIPOTERMIA (-) • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$, antara $36^{\circ}\text{C} - 36,4^{\circ}\text{C}$. • 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 hipotermia	- Lakukan cucihan dasar bayi muda	MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFENSI 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). • Ubur - ubur cembung • Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ atau tubuh teraba panas. • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau tubuh teraba dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya.	mungkin bukan infeksi	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda	• Pustul kulit: apakah sedikit atau banyak/parah ? • Mata bernanah: apakah sedikit atau banyak ? • Nonah 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 ditutupi 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 cucihan dasar bayi muda	MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) • Bayi muntah. - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau • Bayi gagah/tenggorokan retak/kembung atau tegang • Teraba benjolan matang/gelombang • Aflatir. Detak irama tidak konsisten/mulus/menerus. • Bayi cuaca cuaca air besar dalam 24 jam terakhir **. • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer **. - Tidak terdapat kudang/angkit • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare.	mungkin bukan gangguan saluran cerna	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda	<small>**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.</small>		
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG (-)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN																											
• Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak ter kendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencuci - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	mungkin bukan kejang	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan 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 meninah	tidak ada gejala nafas	- Lakukan cucihan dasar bayi muda																											
MEMERIKSA HIPOTERMIA (-) • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$, antara $36^{\circ}\text{C} - 36,4^{\circ}\text{C}$. • 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 hipotermia	- Lakukan cucihan dasar bayi muda																											
MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFENSI 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). • Ubur - ubur cembung • Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ atau tubuh teraba panas. • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau tubuh teraba dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya.	mungkin bukan infeksi	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda																											
• Pustul kulit: apakah sedikit atau banyak/parah ? • Mata bernanah: apakah sedikit atau banyak ? • Nonah 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 ditutupi 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 cucihan dasar bayi muda																											
MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA (-) • Bayi muntah. - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau • Bayi gagah/tenggorokan retak/kembung atau tegang • Teraba benjolan matang/gelombang • Aflatir. Detak irama tidak konsisten/mulus/menerus. • Bayi cuaca cuaca air besar dalam 24 jam terakhir **. • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer **. - Tidak terdapat kudang/angkit • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare.	mungkin bukan gangguan saluran cerna	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah - Lakukan cucihan dasar bayi muda																											
<small>**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.</small>																													

Form MTBM Hal. 2/2		No. Register Bayi: _____																																																				
Kab : _____ Puskesmas : _____ Polindes : _____																																																						
** PENILAIAN (lingkarlah semua tanda/gejala yang ditemukan)																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ?</th> <th>Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></th> <th>KLASIFIKASI</th> <th>TINDAKAN/PENGOBATAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keduduan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelasah atau rewel. (-) Mata cekung Cubitlan kulit perut kembalinya: (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cemar. (-) </td> <td>Diare tanpa dehidrasi</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan, sena, rongga terap. - Lakukahn asuhan dasar bagi mudak - Nasofrant. Ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungi yang dalam 2 kali sehari </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir: ____ g* <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g* - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g* Berat badan menurut umur. <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Apakah bayi diberi ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - 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/tangit-langit </td> <td>Bb tidak rendah sewai limur dan tidak ada mazah pooh Pembesar AS?</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukahn asuhan dasar bagi mudak - Pujilah ibu konsen lebih memberikan minum ASI terapak baginya dengan beras </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEKI. <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> - Jika TIDAK minta ibu menetekinya lagi - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amali pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek. <input checked="" type="checkbox"/> Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <input checked="" type="checkbox"/> Dagu bayi menempel payudara ibu-mulut bayi lurukba lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <i>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik (melekat dengan baik)</i> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <i>posisi tidak benar - posisi benar</i> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</i> </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> *) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari. </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ </td> <td colspan="2"> Pemberian Vit K1 hari ini </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <u>02/20</u> BCG <u>08/09/20</u> </td> <td colspan="2"> Imunisasi yang diberikan hari ini: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Tua</u> </td> <td colspan="2"> Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang: _____ hari </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Tua</u> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;"><u>Nirbaningsih, S.FT</u> NIP/NRPTT:</p>			APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ?	Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN	<ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keduduan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelasah atau rewel. (-) Mata cekung Cubitlan kulit perut kembalinya: (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cemar. (-) 		Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> - Tangan, sena, rongga terap. - Lakukahn asuhan dasar bagi mudak - Nasofrant. Ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungi yang dalam 2 kali sehari 	MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir: ____ g* <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g* - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g* Berat badan menurut umur. <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Apakah bayi diberi ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - 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/tangit-langit 		Bb tidak rendah sewai limur dan tidak ada mazah pooh Pembesar AS?	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukahn asuhan dasar bagi mudak - Pujilah ibu konsen lebih memberikan minum ASI terapak baginya dengan beras 	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. <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> - Jika TIDAK minta ibu menetekinya lagi - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amali pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek. <input checked="" type="checkbox"/> Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <input checked="" type="checkbox"/> Dagu bayi menempel payudara ibu-mulut bayi lurukba lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak 				<i>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik (melekat dengan baik)</i> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya 				<i>posisi tidak benar - posisi benar</i> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan 				<i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</i>				*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.				MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____		Pemberian Vit K1 hari ini		MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <u>02/20</u> BCG <u>08/09/20</u>		Imunisasi yang diberikan hari ini:		MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Tua</u>		Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang: _____ hari		MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Tua</u>			
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ?	Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/>	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN																																																			
<ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keduduan umum bayi: <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelasah atau rewel. (-) Mata cekung Cubitlan kulit perut kembalinya: (-) - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cemar. (-) 		Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> - Tangan, sena, rongga terap. - Lakukahn asuhan dasar bagi mudak - Nasofrant. Ibu kapan untuk kembali segera - Kunjungi yang dalam 2 kali sehari 																																																			
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir: ____ g* <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g* - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500g* Berat badan menurut umur. <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita garis kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah Bayi tidak bisa minum ASI Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Apakah bayi diberi ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - 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/tangit-langit 		Bb tidak rendah sewai limur dan tidak ada mazah pooh Pembesar AS?	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukahn asuhan dasar bagi mudak - Pujilah ibu konsen lebih memberikan minum ASI terapak baginya dengan beras 																																																			
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. <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <input checked="" type="checkbox"/> - Jika TIDAK minta ibu menetekinya lagi - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amali pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek. <input checked="" type="checkbox"/> Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <input checked="" type="checkbox"/> Dagu bayi menempel payudara ibu-mulut bayi lurukba lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak 																																																						
<i>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik (melekat dengan baik)</i> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya 																																																						
<i>posisi tidak benar - posisi benar</i> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif: Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan 																																																						
<i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</i>																																																						
*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.																																																						
MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____		Pemberian Vit K1 hari ini																																																				
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <u>02/20</u> BCG <u>08/09/20</u>		Imunisasi yang diberikan hari ini:																																																				
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>Tua</u>		Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang: _____ hari																																																				
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>Tua</u>																																																						

Lampiran 15 Kartu Status Peserta KB

K/IV/KB/D4		
I. Nomor Kode Klinik KB	Kab/Kota	Klinik
KARTU STATUS PESERTA KB		
III. Nama Peserta KB	IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri :	
V. Nama Suami/Istri		
VII. Alamat Peserta KB : JL. Usman Sactor Gg. II No. 9		
IX. Jumlah anak hidup	Tahbl-Ibl	Perempuan
XI. Status Peserta KB	2	
1. Baru Pertama kali		
2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah bersalin/keguguran		
XII. Cara KB terakhir :		
1. IUD	5. Implant	
2. HOW	6. Suntikan	
3. MOP	7. Pil	
4. Kondom		
XIII. Penapisan (Skirning) 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 (Skirning) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam penerapan kontrasepsi.		
Anamnesis		
1. Haid terakhir tanggal :	Tanggal	Bulan
2. Hamil/Diduga Hamil	1) Ya	2) Tidak
3. Jumlah GPA :	Gravida (Kehamilan)	Partus (Persalinan)
4. Menyusui :	1) Ya	2) Tidak
5. Riwayat Penyakit Sebelumnya :	Tidak	Ya
a. Sakit Kuning		
b. Perdarahan periovulasi yang tidak diketahui/sebabnya		
c. Képutihan yang lama		
d. Tumor		
e. Payudara		
f. Rahim		
g. Indung telur		
Pemeriksaan		
6. Keadaan Umum :	1) Baik	2) Sedang
3) Kurang	<input type="checkbox"/>	
7. Berat Badan :	125/62 mm/kg	
8. Tekanan Darah :	120/80 mmHg	
9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau HOW dilakukan pemeriksaan dalam :	10. Posisi Rahim :	
a. Tanda-tanda radang	1. Retrofleksi	<input type="checkbox"/>
b. Tumor/keganasan ginekologis	2. Antefleksi	<input type="checkbox"/>
11. Pemeriksaan-tambahan (khusus untuk calon MOP dan HOW)	Tidak	
a. Tanda-tanda diabetes	Tidak	Ya
b. Kalsinasi/pembekuan darah		
c. Radang orchitis/epididymitis		
d. Tumor/keganasan ginekologis		
12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan:	IUD HOW MOP Kondom Implant Suntikan Pil	
XIV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih : 6. Triflufen		
1. IUD	4. Kondom	7. Pil
2. HOW	5. Implant	
3. MOP	6. Suntikan	
XV. Tanggal dilayani (**) Tanggal 02 Bulan 06 Tahun 20		
XVI. Tanggal dipesan kembali Tanggal 16 Bulan 08 Tahun 20		
XVII. Tanggal dicabut (khusus Implant/IUD) Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____		
XVIII. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Paramedis lain		
KETERANGAN : *) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar		

Dalam Pelayanan (Informel - Onsent)		ASEPSI	Lembar rujukan untuk Kebutuhan KB																					
Identitas Tempat Pelayanan		Kode Tindakan																						
<p>Nama KK/BRS/DPS/BPS*) Alamat Klinik Nomor Kode Klinik KB Nomor Klien (sesuai dengan KN/KB04)</p> <p>Saya yang bertanda tangan dibawah ini:</p> <p>Nama : Elmy Muafachah Umur : 33 Jenis Kelamin : J Alamat Lengkap : RT 05 RW 01 Kelurahan Desa Karang Turi Kec. Kalibata Propinsi : DKI Jakarta Kode Pos :</p>		<p>Nomor Kode Klinik KB Nomor Klien</p> <p>Ditulis di sini</p>	<p>Kode Tindakan</p>																					
<p>Saya yang bertanda tangan dibawah ini :</p> <p>Nama : Elmy Muafachah Umur : 33 Jenis Kelamin : J Alamat Lengkap : RT 05 RW 01 Kelurahan Desa Karang Turi Kec. Kalibata Propinsi : DKI Jakarta Kode Pos :</p>		<p>PERSETUJUAN KLIEN</p>	<p>Ditulis oleh Pelagai:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tindakan</th> <th>Jenis Metode</th> <th>Kode</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Operasi:</td> <td>Wanita (Tubuh) Pria (Vagina)</td> <td>MOW-MOP</td> </tr> <tr> <td>Iimpl 1 BIG</td> <td>P1.1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Iimpl 2 BIG</td> <td>P1.2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Iimpl 6 BIG</td> <td>P1.6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IUD Co 7</td> <td>P2.0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IUD LL</td> <td>P.LL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tindakan	Jenis Metode	Kode	Operasi:	Wanita (Tubuh) Pria (Vagina)	MOW-MOP	Iimpl 1 BIG	P1.1		Iimpl 2 BIG	P1.2		Iimpl 6 BIG	P1.6		IUD Co 7	P2.0		IUD LL	P.LL	
Tindakan	Jenis Metode	Kode																						
Operasi:	Wanita (Tubuh) Pria (Vagina)	MOW-MOP																						
Iimpl 1 BIG	P1.1																							
Iimpl 2 BIG	P1.2																							
Iimpl 6 BIG	P1.6																							
IUD Co 7	P2.0																							
IUD LL	P.LL																							
<p>Selaku Klien ; setelah mendapat penjelasan dan mengerti sepenuhnya perihal kontrasepsi yang kami pilih, maka kami SECARA SUKARELA MEMBERI PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN IUD/Iimplanu/Mow/Mop .*)</p>		<p>PERSETUJUAN SUAMI / ISTRI KLIEN</p> <p>Saya yang bertanda tangan dibawah ini :</p> <p>Nama : Elmy Muafachah Umur : 33 Jenis Kelamin : J Alamat Lengkap : RT 05 RW 01 Kelurahan Desa Karang Turi Kec. Kalibata Propinsi : DKI Jakarta Kode Pos :</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tindakan</th> <th>Jenis Metode</th> <th>Kode</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rekanisasi:</td> <td>Wanita (Tubuh) Pria (Vagina)</td> <td>ROW-RGP</td> </tr> <tr> <td>Iimpl 1 BIG</td> <td>C1.1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Iimpl 2 BIG</td> <td>C1.2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Iimpl 6 BIG</td> <td>C1.6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IUD Cu T</td> <td>CCU</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IUD LL</td> <td>QLL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>- tolak kode ke dalam kotak dratis ketika temuan - tanda yang akan ditentara - Lembar ini setelah dimiliki agar dibawa selap Indeks BKKBN Kalibata/ptm / kita bersamaan dengan F1/KE/200</p>	Tindakan	Jenis Metode	Kode	Rekanisasi:	Wanita (Tubuh) Pria (Vagina)	ROW-RGP	Iimpl 1 BIG	C1.1		Iimpl 2 BIG	C1.2		Iimpl 6 BIG	C1.6		IUD Cu T	CCU		IUD LL	QLL	
Tindakan	Jenis Metode	Kode																						
Rekanisasi:	Wanita (Tubuh) Pria (Vagina)	ROW-RGP																						
Iimpl 1 BIG	C1.1																							
Iimpl 2 BIG	C1.2																							
Iimpl 6 BIG	C1.6																							
IUD Cu T	CCU																							
IUD LL	QLL																							
		<p>Klien</p> <p>Elmy Muafachah</p> <p>(Elmy Muafachah)</p>	<p>20.2.0</p> <p>Elmy Muafachah</p> <p>(Elmy Muafachah)</p>																					
		<p>Yang memberi pelayanan, Dokter/Bidan/Perawat *)</p> <p>NIP : N. P. M. S. S. S. S.</p>	<p>Keterangan : *) coret yang tidak perlu</p>																					

Lampiran 16 Kartu KB Suntik 3 Bulan

Lampiran 17 Lembar Kunjungan Pasien

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK			
LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN			
No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1.	Rabu, 23 Maret 2020	Pemeriksaan ke-1 ANC Trimester III	
2.	Sabtu, 31 Maret 2020	Pemeriksaan ke-2 ANC Trimester III	
3.	Minggu, 02 April 2020	Asuhan Persalinan (INC)	
4.	Minggu, 02 April 2020	Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	
5.	Minggu, 02 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke-1 2. Asuhan Masa Nifas ke-1	
6.	Jumat, 08 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke-2 2. Asuhan masa nifas ke-2	
7.	Sabtu, 16 April 2020	1. Asuhan Neonatus ke-3 2. Asuhan Masa Nifas ke-3	
8.	Sabtu, 15 Mei 2020	1. Asuhan Masa Nifas ke-4	
9.	Selasa, 02 Juni 2020	Asuhan Keluarga Berencana	

Lampiran 18 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal



**Lembar Konsultasi Bimbingan
Proposal Laporan Tugas Akhir**

Nama . Winda Isnawati
NIM . 1711.017
Pembimbing . Diyana Faricha Hanum, S.ST.,MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
1	28 Maret 2020	<ul style="list-style-type: none"> 1 Pendekar dalam tatac 2 Sumber pustaka 3 Penggunaan bahasa asing dan penamaan 	
2	3 April 2020	<ul style="list-style-type: none"> 1 Penamaan di sehubungan dengan hal-hal standar 2 Setelah titik, komma jangan lupa spasi 3 Atau ketika ada bahasa asing tetapi tidak ada pengalaman bahasa Indonesia tidak perlu diterjemahkan 4 Jika ada kalimat terpaku, alasannya dibenarkan 5 Ketika seseorang seret kalimat sebelummnya 6 Perulisan sumber pustaka masih ada yang rela diterima 7 Untuk penulis dengan Pungkuak atau koma pada penulis 8 Karena kalimat kalimat penulis kurang 	
3	15 April 2020	<ul style="list-style-type: none"> 1 Pada paragraf pertama masih ada kalimat yang tidak disertai oleh kalimat yang sebelumnya 2 Mengeliminasi atau kalimat tidak relevan 3 Mengeliminasi atau kalimat yang tidak relevan 4 Seluruh akibat yang merupakan akibat tidak relevan, propensi, klasifikasi 5 Perulisan nama sumber "Sigiturrahm" tulang akibat ulang 6 Pada hal 2 paragraf 2 masih ada kalimat yang tidak disertai 7 Titik 3 tujuan kurang paragraf belum rata karena kurang 8 Review penamaan hasil kerja di penulis 	
4	05 April 2020	<ul style="list-style-type: none"> 1 Pada paragraf pertama ada keberulangan akibat pengelisian untuk selanjutnya tidak perlu 	



Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal Laporan Tugas Akhir

Nama : Winda Isnawati
NIM : 1711.017
Pembimbing : Diyana Faricha Hanum, S.ST.,MPH

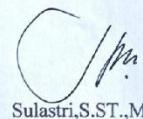
Lampiran 19 Berita Acara Perbaikan Proposal LTA

 <p style="text-align: center;">FAKULTAS KESEHATAN PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK</p>					
BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA					
No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi
1.	05 Juni 2020	Cover		- Penulisan dan spasi disesuaikan dengan buku panduan	Sudah Revisi
2.	05 Juni 2020	Sampul depan	i	- Penulisan dan spasi disesuaikan dengan buku panduan	Sudah revisi
3.	05 Juni 2020	Lembar Persetujuan	ii	- Tambahkan tanggal persetujuan	Sudah revisi
4.	05 Juni 2020	Lembar pengesahan	iii	- Tambahkan nama ketua penguji - Tambahkan tanggal persetujuan	Sudah revisi
5.	05 Juni 2020	Kata pengantar	vi	- Tambahkan nama ketua penguji	Sudah revisi
6.	05 Juni 2020	Daftar tabel	ix	- Pemberian spasi	Sudah revisi
7.	05 Juni 2020	Daftar gambar	x	- Pemberian spasi	Sudah revisi
8.	05 Juni 2020	Daftar lampiran	xi	- Pemberian spasi	Sudah revisi

9.	05 Juni 2020	Bab I	1	- Pemberahan penulisan - Pemberahan dan penambahan data - Penambahan ruang lingkup	Sudah revisi
10.	05 Juni 2020	Bab 2	11	- Pemberahan kata dan penambahan teori tentang perubahan fisik	Sudah revisi

Gresik, 09 Juni 2020

Ketua Pengaji



Sulastri, S.ST., M.Kes

Lampiran Berita Acara Perbaikan Proposal LTA

 <p style="text-align: center;"> FAKULTAS KESEHATAN PROGRAM STUDY DIII KEBIDANAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK </p> <hr/> <p style="text-align: center;">BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA</p> <p>Nama : Winda Isnawati NIM : 1711.017 Nama Penguji : Suprapti,S.ST.,M.Kes Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny.“ E “ Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana Di PMB Nisbaningsih,S.ST Karang Turi Gresik Tanggal Ujian : 05 Juni 2020</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tanggal</th> <th>BAB</th> <th>Hal</th> <th>Pokok Bahasan</th> <th>Sudah Revisi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>05 Juni 2020</td> <td>Lembar Persetujuan</td> <td>ii</td> <td>- Tambahkan tanggal persetujuan</td> <td>Sudah revisi</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>05 Juni 2020</td> <td>Lembar pengesahan</td> <td>iii</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan nama ketua penguji - Tambahkan tanggal persetujuan </td> <td>Sudah revisi</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>05 Juni 2020</td> <td>Surat pernyataan</td> <td>iv</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian tulisan dan tambahkan materai serta tanda tangan </td> <td>Sudah revisi</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>05 Juni 2020</td> <td>Kata pengantar</td> <td>vi</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan nama ketua penguji </td> <td>Sudah revisi</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>05 Juni 2020</td> <td>Daftar isi</td> <td>vii</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian spasi </td> <td>Sudah revisi</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>05 Juni 2020</td> <td>Bab I</td> <td>1</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian penulisan - Pemberian data dan penambahan data </td> <td>Sudah revisi</td> </tr> </tbody> </table>						No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi	1.	05 Juni 2020	Lembar Persetujuan	ii	- Tambahkan tanggal persetujuan	Sudah revisi	2.	05 Juni 2020	Lembar pengesahan	iii	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan nama ketua penguji - Tambahkan tanggal persetujuan 	Sudah revisi	3.	05 Juni 2020	Surat pernyataan	iv	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian tulisan dan tambahkan materai serta tanda tangan 	Sudah revisi	4.	05 Juni 2020	Kata pengantar	vi	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan nama ketua penguji 	Sudah revisi	5.	05 Juni 2020	Daftar isi	vii	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian spasi 	Sudah revisi	6.	05 Juni 2020	Bab I	1	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian penulisan - Pemberian data dan penambahan data 	Sudah revisi
No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi																																										
1.	05 Juni 2020	Lembar Persetujuan	ii	- Tambahkan tanggal persetujuan	Sudah revisi																																										
2.	05 Juni 2020	Lembar pengesahan	iii	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan nama ketua penguji - Tambahkan tanggal persetujuan 	Sudah revisi																																										
3.	05 Juni 2020	Surat pernyataan	iv	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian tulisan dan tambahkan materai serta tanda tangan 	Sudah revisi																																										
4.	05 Juni 2020	Kata pengantar	vi	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan nama ketua penguji 	Sudah revisi																																										
5.	05 Juni 2020	Daftar isi	vii	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian spasi 	Sudah revisi																																										
6.	05 Juni 2020	Bab I	1	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian penulisan - Pemberian data dan penambahan data 	Sudah revisi																																										

7.	05 Juni 2020	Bab 2	24 27 28 30 33 46	- Penambahan teori ROT, MAP, IMT - Penambahan kata HbsAg pada pemeriksaan Hb dan pembenaran pada kata senam payudara serta penambahan keterangan senam hamil. - Penambahan teori tentang KSPR - Penambahan kata pada pemberian antenatal terpadu - Penambahan materi tentang klasifikasi rujukan : RDB, RDR, RTW - Pemberian kata - Pemberian penapisan agar jelas - Pemberian daftar Pustaka disamakan dengan yang depan	Sudah revisi
----	--------------	-------	----------------------------------	--	--------------

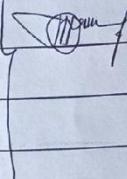
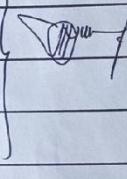
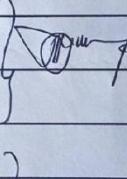
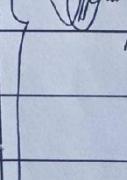
Gresik, 10 Juni 2020

Pengujii



Suprapti, S.ST., M.Kes

Lampiran 20 Lembar Konsultasi Bimbingan Tugas Akhir

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Rabu 24 Juni 2020	<ul style="list-style-type: none"> - hal 9 (dibutuhkan obat / vitamin yang sudah dicatat) - hal 10 (pemeliharaan fisik akibatnya Cytos nutrisi kertas yg kurang tipis) pada kanda + manfaat perlakuan - kurang tipe - hal 11 (perlakuan disarankan, setelah kanda baca dan lihat jurnal, pada buktin tomiktonan kalimat kebaikan dalam kebutuhan baik) - hal 12 (penjelasan korden ?, kte nutrisi jelaskan berapa porsi sehari makan dan untuk air minum dalam sehari berapa liter jelaskan menggunakan gelas) - hal 13. (kalori yang kebutuhan bagi keterangannya) 	
2.	Sabtu 4 JULI 2020	<ul style="list-style-type: none"> - penulisan ditampilkan rata kanan kiri - KIE makan / minum, bumbu dalam sehari buah - Jika menggunakan gelas (200ml) maka berapakah gelas sehari, dalam sehari makan berapa porsi - Cara minum obat selaraskan 1x1 itu adalah minum secukupnya / sebelum makan - Kunjungan ke 2 TM 3 Vitamin sebutkan dan cara minum 	
3.	Kamis 9 JULI 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Cetak ulang waktu LTA bulan tahun 2019 - Riwayat Anu, sek ulang HPTT dan HPL apa sudah benar keturinya. - KIE nutrisi untuk ukuran gelas kecil itu kurang lebih 200 ml jd jika yang dibutuhkan 2lt/hr, maka seharusnya kurang lebih 10 gelas 	
4.	Kamis 9 JULI 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk penulisan hasil VT atau kti tulis dengan lengkap tidak hanya pembuktian, karena tidak semua pembuktian diberang: dengan perparan - penulisan hasil HIS pilihkan oleh hasil VT - pada implementasi dijam 05.04 yg menggantikan pertemuan 1bu stepa ? - pada hal 5 Assessment : Diagnosis babak perlu ditulis pembuktian masing dari pertemuan km bukti dicantum - pada Implementasi jam 08.05 batik FZ untuk sera - Catatan pertemuan : Assessment : catatan p20003 2 jam PP - untuk kalori kebutuhan bagi keterangannya lagi: ol kalori bentuknya 	

**Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir**

Nama : Winda Isnawati
 NIM : 1711.017
 Pembimbing : Diyana Faricha Hanum, S.ST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
5.	Rabu 15 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Pengaruh BBL dilakukan kapan? - Apakah saat pengaruh BBL sudah di (M)D - MTD ibu terdiri seharusnya dilakukan? - Penyekran anak Genitalia apakah wajib - Cerdas teknik dikenal dulu? - Apakah saat perlakuan pemeliharaan BB dilakukan di seluruh MTD - KIE manadiktan : menggunakan air yang bersih dan ruang tetap tumpah - KIE Personal hygiene : bias BAK / BAB dilakukan di kamar mandi dan ganti popok - Pada kurasan : dilakukan hanya dalam keadaan basah & ibu mengeringkan jari-jari 	Dipungky
6.	Senin 20 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Mifes 2 sdm PP, KIE personal hygiene bambu, lagi yg penting spt : ganti pernak-pernik, cara cuci yg benar, Penyaluran luka panium, tampankan luka dengan nitras - Mifes (hari PP) KIE yg cara menyusui yg benar mandarin di 2 sdm PP, banding KIE tidak bahaya, penyaluran bagi sehari-hari, colostomy tidak memerlukan berobat - dilakukan mifes dalam keadaan basah - 2 mgg PP : luka sehatkan basah & sehat menyusui - 6 mgg PP : Pembersihan tek mantri Colostomy 	Dipungky
7.	Senin 20 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Pada KIE Penyaluran bagi sehari-hari belum ada bsp kali bagi dilakukan dalam keadaan basah & sehat menyusui - Mifes hari ke 6 nutrisi mineral (air minum 1,5 lt/jhr) - KIE nya dilakukan lagi: batang nenas / air yg bersih - dibumbui bahan yg alergi adalah bahan perekat (kayu putih), dapat buah atau buah dan akar sirip atau buah - Pada hari ke 6 mifes hari ke 6, dilakukan acela kebersihan dalam mineral / air. Partikel harus minum 1,5 lt/jhr sedangkan kebutuhan (bufer adalah 3lt) - pada hari ke 6 kejenggeyan ini tidak dimunculkan - Pendukung minum boluhan rapi 	Dipungky
8.	Kamis 23 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Pada hari ke 6 nutrisi mineral (air minum 1,5 lt/jhr) - KIE nya dilakukan lagi: batang nenas / air yg bersih - dibumbui bahan yg alergi adalah bahan perekat (kayu putih), dapat buah atau buah dan akar sirip atau buah - pada hari ke 6 kejenggeyan ini tidak dimunculkan - Pendukung minum boluhan rapi 	Dipungky
9.	Jumat 24 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Pada hari ke 6 dan tingkatkan dari poin 4,5 bulatan minum boluhan rapi setelah kurasan bininya 	Dipungky

Lampiran 21 Berita Acara Perbaikan LTA

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : WINDA ISNAWATI
 NIM : 1711017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" dari Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih , S.ST. Karang Turi Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Penambahan TFU dan ANC terpadu, penapisan, BB dan IMT - Pemberian tulisan kesenjangan menjadi indikasi, Pemberian kata melakukan menjadi menanda tangani, Penambahan kata kohort ibu, Penambahan tulisan reaksinya, Pemberian dan penambahan IMT, Pemberian KSPR, Pemberian urutan VT, Penambahan kolom TTD - Penambahan penapisan di kebutuhan, Penambahan TFU dan ANC terpadu dan Penambahan konseling KB dan penapisan 	

Gresik, 29 Juli 2020

Ketua Penguji,



Sulastrri, S.ST., M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : WINDA ISNAWATI
 NIM : 1711017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" dari Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih , S.ST. Karang Turi Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Penambahan TFU dan ANC terpadu, penapisan, BB dan IMT - Pemberian tulisan kesenjangan menjadi indikasi, Pemberian kata melakukan menjadi menanda tangani, Penambahan kata kohort ibu, Penambahan tulisan reaksinya, Pemberian dan penambahan IMT, Pemberian KSPR, Pemberian urutan VT, Penambahan kolom TTD - Penambahan penapisan di kebutuhan, Penambahan TFU dan ANC terpadu dan Penambahan konseling KB dan penapisan 	

Gresik, 29 Juli 2020
Ketua Penguji,



Sulastrri, S.ST., M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : WINDA ISNAWATI
 NIM : 1711017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" dari Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih , S.ST. Karang Turi Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Ditambah tahun dan pemberanakan huruf besar - Penambahan KIE senam hamil, P4K, ANC terpadu - Penambahan jam pada kala 1 fase aktif - Penambahan salep mata, vit.K , Hb0 dan ibu nifas vitamin A 200.000 IU, Penambahan kata tidak terjadi laserasi, Penambahan kata dengan ABPK, efek samping dan Pemberanakan tanggal kunjungan ulang KB - Tambahkan nama ketua penguji - Tambahkan kata terlambat haid pada keluhan utama dan Lengkapi garis tabel, Penambahan kata penanganan pusing, mual, muntah, Penambahan kata di implementasi, Pemberanakan letkep pada assesment - Pemberian multivitamin, Penambahan KIE P4K, ANC terpadu, persiapan persalinan, pemberian vitamin. - Penambahan KIE senam hamil, Penambahan senam hamil, Penambahan persalinan, Pemberanakan kata 0,5 ml - Penambahan KIE tentang asuhan sayang bayi, dan pemberian salep mata, vit k dan tetap lanjut IMD 	

Gresik, 29 Juli 2020
Penguji I.



Suprapti, S.ST., M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : WINDA ISNAWATI
 NIM : 1711017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "E" dari Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Nisbaningsih , S.ST. Karang Turi Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian spasi, pemberian kata tidak ada laserasi, - Ditambahi nama ketua penguji, merapikan spasi, merapikan tulisan diatas tabel 3.5, - Penambahan kata dengan duk steril atau underpad, perapian kolom bawah yang tidak di tutup, dan perapian tulisan belum rata kanan kiri. 	

Gresik, 29 Juli 2020

Penguji II,



Diyana Faricha Hanum, S.ST., MPH