

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN

PADA NY. “N” MASA HAMIL SAMPAI DENGAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

DI PMB SITI HAMIDAH, S.ST., M.Kes GRESIK

[illegible]

Lampiran 2 Surat Permohonan Data Dinas Kesehatan



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor 046/II.3.UMG/PBdn/F/2020
Lamp. : -

Hal : Surat Pengantar Ijin LTA
Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Gresik
di

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

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

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

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

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

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

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



Gresik, 13 Maret 2020
Pjs. Ka. Prodi,

Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindakan:

1. Arsip



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Kami mengharap bantuan untuk memberikan kesempatan pada mahasiswa kami dalam melakukan penelitian guna memperoleh bahan-bahan untuk menyusun skripsi pada instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

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

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

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 10 Maret 2020

Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindakan
1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT

0071/LAM-PTKes/Akr/Dip IX/2015

The Power of Islamic Entrepreneurship

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

Lampiran 3 Surat Balasan Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN (BAPPEDA)

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209. 3952812
Website : <http://bappeda.gresik.go.id> email : bappeda@gresikkab.go.id
GRESIK

Gresik, 13 Maret 2020

Nomor : 070/104/437.71/2020
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Ijin I.T.A

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

Dasar :

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

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

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

Dalam melakukan kegiatan survey / research / penelitian agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Sebelum dan setelah dilaksanakannya survey / research / penelitian diwajibkan melapor kepada Instansi terkait;
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan lain diluar kegiatan survey / research / penelitian yang dilakukan;
3. Setelah melakukan survey / research / penelitian selambat - lambatnnya 1 (satu) bulan agar menyerahkan 1 (satu) ex. / buku hasil survey / research / penelitian kepada Bupati Gresik melalui Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.

Demikian rekomendasi ijin penelitian / survey / research ini dibuat, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

**An. KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN,
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH (BAPPEDA)**

KABUPATEN GRESIK

Kabid. Penelitian dan Pengembangan



HAFIE CHRISDIANTO, SE
Penata Tk I
NIP. 19681230 199703 1 004

Tembusan :

1. Yth. Kepala Kesbangpol Kab. Gresik;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gresik;
3. Arsip;

Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Lahan Praktik



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor 050/II.3.UMG/PBdn/F/2020

Lamp. : -

Hal : *Surat Pengantar LTA*

Kepada Yth.

Bidan SITI HAMIDAH, S.ST.,M.Kes

Gresik

di

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

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

Nama	: Asri Aulia
NPM	: 1711.004
Alamat	: Jl.Kyai Haji Syafi'i Gang Gambus 4
Judul LTA	: Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny."Y" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di PMB SITI HAMIDAH, S.ST.,M.Kes Gresik

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

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

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

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 16 Maret 2020

Pjs. Ka. Prodi,

Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindasan:

1. Arsip

AKREDITASI BAN-PT

0071/LAM-PTKes/AkriDip/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 5 Surat Balasan Permohonan Izin Lahan Praktik



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
HJ. SITI HAMIDAH, S.ST, M.Kes
JL. K.H. ABDUL KARIM NO.12
GRESIK



Gresik, 19 Mei 2020

Nomor : -
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Balasan Permohonan Lahan Praktek
Kepada
Yth. Kaprodi D3 Kebidanan
Universitas Muhammadiyah Gresik
Di tempat
Dengan hormat,

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

Nama : Asri Aulia Noviana
NIM : 1711004
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada "Ny. N" Masa Hamil Sampai dengan Pelayanan KB di PMB Siti Hamidah, S.ST, M.Kes Gresik

Telah betul-betul melakukan praktek di wilayah kerja kami di PMB Siti Hamidah, S.ST, M.Kes Gresik

Praktek Mandiri Bidan

Hj. S. Hamidah SSt

No. III.6/13/SIB/224/00225/II/09

Jl. KH. Abd. Karim Gg. 12 No. 4

Gresik

Siti Hamidah, S.ST., M.Kes

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Asri Aulia Noviana

NIM : 1711.004

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

Tujuan kegiatan ini adalah sebagai aplikasi keterampilan kebidanan yang telah saya dapatkan selama 5 semester pembelajaran teori dan praktik. Oleh karena itu, saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden, dan saya beri asuhan kebidanan (pemeriksaan dan perawatan) pada saat kehamilan sampai dengan keluarga berencana. Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

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

Gresik, 10 Maret 2020

Mahasiswa



ASRI AULIA NOVIANA

NIM : 1711.004

Lampiran 7 Persetujuan Sebagai Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Nurhayati
Umur : 38 th
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jl Khl Abdul Karim No 81 Gresik

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

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

Gresik, 02 April 2020
Responden

()
Nurhayati,

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

Nama : M. H. Umur Ibu : 37 Th.
 Hamil ke : 2 Haid terakhir tgl : 15/07²⁰ Perkiraan persalinan tgl : 22/04²⁰
 Pendidikan ibu : SMA Suami : SMA
 Pekerjaan ibu : Swasta Suami : Swasta

KEL. F.R.	II NO	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal ibu Hamil	2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4	-	-	-	-
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 Th	4	-	-	-	-
		b. Terlalu tua, hamil I ≥ 35 Th	4	-	-	-	-
	3	Terlalu cepat hamil lagi (≤ 2 Th)	4	-	-	-	-
	4*	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th)	4	4	4	4	4
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4	-	-	-	-
	6 •	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4	4	4	4	4
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4	-	-	-	-
	8	Pernah gagal kehamilan	4	-	-	-	-
	9	Pernah Melahirkan dengan		-	-	-	-
		a. Tarikan tang/vakum	4	-	-	-	-
		b. Un diregeh	4	-	-	-	-
		c. Diberi infus/Transfusi	4	-	-	-	-
	10	Pernah Operasi Sesar	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/langkai 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	-	-	-	-
	17	Letak sungsang	8	-	-	-	-
	18	Letak lintang	8	-	-	-	-
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8	-	-	-	-
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8	-	-	-	-
		JUMLAH SKOR		10	10	10	10

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
~ RUJUKAN TERENCANA**

JML. SKOR	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. lain-lain



BIDAN PRAKTEK MANDIRI
SITI HAMIDAH, SST, M.Kes

Jl. KH. Abdul Karim No.12
Kecamatan Gresik Kabupaten Gresik



Bidan Delima
PELAYANAN BERKUALITAS

(b)

IBU HAMIL

No. Reg: 579/19

I. Pengkajian, tanggal: 21-10-19

Data Subyektif:

A. Anamnesa

1. Identitas ibu

Nama Ibu	My. Nur Hayati	Nama Suami	Tn. Bambang Sudarto no.
Umur	37 th	Umur	57 th
Agama	Islam	Agama	Islam
Pendidikan	SMA	Pendidikan	SMA
Pekerjaan	Swasta (Admin)	Pekerjaan	Swasta
Alamat	Jl. KH. Abd. Karim no. 21	Telepon	08213918850

2. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan utama : kram perut bag. bawah (+), mual (-), muntah (-), pusing

b. Riwayat keluhan utama : kram perut bag. bawah (+) 1 mgs

c. HPHT : 08-08-19 HPL : 05-05-2020

d. Riwayat haid : Menarche : 13 th, lama haid : 5 hr, jml. darah : 3 x ganti/hr
Dismenorrhea : tidak lain lain

e. Gerakan anak pertama kali dirasakan :

f. Tanda bahaya dan penyulit kehamilan :

g. Obat/jamu : Pernah dikonsumsi ya/tidak :
Sedang dikonsumsi : ya/tidak

h. Pola kebutuhan :

- Nutrisi : cukup/kurang : makan 2x/hr, minum 1,2 liter/hr
- Istirahat tidur : cukup/kurang : tidur siang 2 jam, malam 6-7 jam
- Aktifitas : tidak lelah/lelah : Lelah (-), kerja (+)
- Eliminasi : tidak ada masalah/masalah : BAB lancar, BAK 6-7x/hr
- Seksual : tidak masalah (biasa)/ada masalah : 2x/mgs
- Personal hygiene : baik/kurang : Repunkan (-)

448549147
BP4: 82

18877-15-7-2013 (2)
TP USE: 20-4-2020

Lingkar Lengan Atas: 29 cm; KEK () Non KEK (✓) Tinggi Badan: 150 cm

Golongan Darah:
 Kontrasepsi sebelum kehamilan ini:
 81 - suntik 1 bulan 22

Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM^{II}, TB^{II}, asma^{II}, HT^{II}

Riwayat Alergi:

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
2/10	ITAM perut bawah	100/80	59,7	8-9 mgs	?	belum teraba	?
10/10	ITAM perut bawah	100/80	59,7	8-9 mgs	?	belum teraba	?
20/10	sebab	120/70	55,3	10 mgs	?	3 in fundus	put
23/10	Ta.	100/70	57,4	24 mgs	?	PSA	SA m
3/11	nyeri punggung	100/70	57,5	24 mgs	30 cm	terbay	136/m
23/11	Ta	100/70	58,7	26 mgs	27 cm	4x	140/m

ESHA IN IBO HAIV

Hamil ke 2, jumlah persalinan 1, jumlah keguguran 0, G. 2, P. 1, A. 5
jumlah anak hidup 1, jumlah lahir mati 1

Jumlah anak lahir kurang bulan anak 12 15

Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 10 tahun

Status imunisasi TT terakhir	113	[bulan/tahun]
Besarnya bokor/jumlah terakumulasi	88	
	2x	

Caraka pelsalmanan terakrifkan: ☐ spontan/normal ☒ innokan

[illegible]^{a, b} *Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai*

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin (Kep/Su/Li)	Denyut Jantung Janin/ Menit
22/10/20	saat pulang	120/80	61,7	31 W	28 cm	kg U	144 x 100
22/10/20	Taa	130/80	-	35-36	34 cm	kg U	
12/10/20	keneng xx	120/80	65,5	38-39 mgs	35 cm	kg U	150 x 112

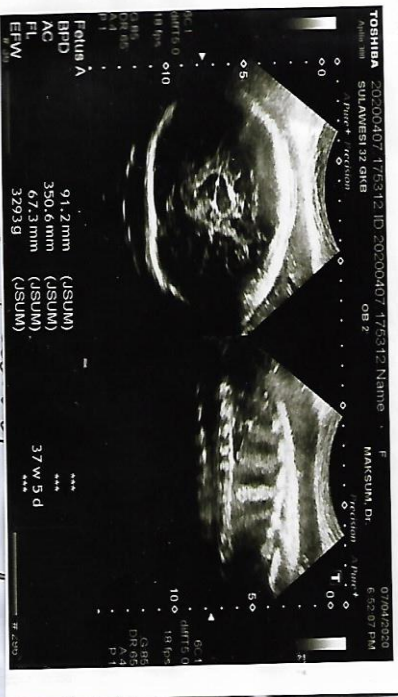


Placenta ca vagina
 000 placenta deep
 TP : 22/14/2020

2189

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
-/+		TTI sus	- TBB 80- - mak 1/1 - 20 2 x / 100 - kute 1/100 - 200 - 21 mms		
-/+					
-/+					

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)
 22/10/20 : T = 120/80 BB = 65 kg
 TP = 22/14/2020 BJ = 95 x 112



Prediksi saat lahir 22/14 → 3800g
 Berat: Berat bayi normal = 2800



BIDAN PRAKTEK MANDIRI
SITI HAMIDAH, SST, A.KES
 Jl. KH. Abdul Karim No.12
 Kecamatan Gresik Kabupaten Gresik



Bidan Delinea
 PELAJARAN JARING

PENAPISAN IBU BERSALIN
 DETEKSİ KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

No	Gejala / Tanda	Ya	Tidak
1	Riwayat bedah sesar	☐	☒
2	Perdarahan pervaginam	☐	☒
3	Persalinan kurang bulan (< 37 mg)	☐	☒
4	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental	☐	☒
5	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)	☐	☒
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 27 mg)	☐	☒
7	Ikterus	☐	☒
8	Anemi berat	☐	☒
9	Tanda / gejala infeksi	☐	☒
10	Pre eklamsi / hipertensi dalam kehamilan	☐	☒
11	Tinggi 40 cm atau lebih	☐	☒
12	Gawat janin	☐	☒
13	Preimi para fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	☐	☒
14	Presentasi bukan Belakang Kepala	☐	☒
15	Presentasi ganda	☐	☒
16	Kehamilan gemeli	☐	☒
17	Tali pusat menumbung	☐	☒
18	Syok	☐	☒

[illegible]

1. Tanggal : 23-04-2020

2. Nama Bidan :

3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☒ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :

4. Alamat tempat persalinan : R.S. Muhammadiyah Greng

5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV II. KH. Kaidi No. 88

6. Alasan merujuk :

7. Tempat rujukan :

8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

10. Partograf melewati garis waspada : Y (T)

11. Masalah lain, sebutkan :

12. Penatalaksanaan masalah tsb :

13. Hasilnya :

KALA II

14. Episiotomi :
☒ Ya, Indikasi : Perineum Ketu.
☐ Tidak

15. Pendamping pada saat persalinan :
☒ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada
☐ Teman

16. Gawat janin
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
☒ Tidak

17. Distosia bahu
☐ Ya, tindakan yang dilakukan :

☒ Tidak

18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya :

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
☒ Ya
☐ Tidak, alasannya :

20. Lama kala III : menit

21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☒ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan :

22. Pemberian ulang Oksitosin (2 X) ?
☐ Ya, alasan :

☒ Tidak

23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☒ Ya
☐ Tidak, alasannya :

24. Masase fundusuteri ?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan :

25. Plasenta lahir lengkap (infeksi) / tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan
a.

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit
☐ Tidak
☒ Ya, tindakan :

27. Laserasi :
☒ Ya, dimana : Mukosa Vagina, Kompartemen posterior
☐ Tidak
☒ Jika Laserasi perineum, derajat : 1 / 2 3 / 4

Tindakan :
☒ Penjahitan dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan :

29. Atonia uteri :
☐ Tidak
☒ Ya, tindakan :

30. Jumlah darah yang keluar/pendarahan : ± 200 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

KALA IV

32. Kondisi Ibu : KU : baik TD : 120/80 mmHg Nadi : 83 x/mnt
Napas : 20 x/mnt

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan : 3685 gram

35. Panjang badan : 52 cm

36. Jenis kelamin : L

37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit

38. Bayi lahir :
☒ Normal, tindakan :
☒ mengeringkan
☒ menghangatkan
☒ rangsangan taktil
☒ memastikan IMD atau naluri menyusu segera
☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan :
☐ mengeringkan ☐ menghangatkan
☐ rangsangan taktil ☐ lain-lain, sebutkan :

☐ bebaskan jalan napas
☐ pakaian/selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Cacat bawaan, sebutkan :

☐ Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.

39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan :

40. Masalah lain, sebutkan :

Hasilnya :

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Darah yang keluar
1		120/80	87	36,7	2 jari ↓ pusat	keras	kosong	± 200 ml
		120/80	90		2 jari ↓ pusat	keras	kosong	-
		120/80	90		2 jari ↓ pusat	keras	kosong	-
		120/80	85		2 jari ↓ pusat	keras	kosong	± 25 ml
2		110/70	87	36,5	2 jari ↓ pusat	keras	kosong	-
		120/80	86		2 jari ↓ pusat	keras	kosong	± 15 ml

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

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

PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:

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

491 24/6 => Pentabio 1 + Pol 2
24/9 => Pentabio 2 + Pol 3

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)
Berat badan (gram)	Tgl: 15/04/20 3.685 gr	Tgl: 29-04-20 3.800 gr	Tgl: 08-05-20 4000gr
Panjang badan (cm)	52 cm	53 cm	54 cm
Suhu (°C)	36,0°C	36,8°C	36,8°C
Frekuensi nafas (x/menit)	45 x/m	42 x/m	42 x/m
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	135 x/m	120 x/m	132 x/m
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	fa	fa	fa
Memeriksa ikterus	fa	fa	fa
Memeriksa diare	fa	fa	fa
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	fa	fa	fa
Memeriksa status Vit K1	fa	fa	fa
Memeriksa status imunisasi HB-O, BCG, Polio 1	fa	fa	fa
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	-	-	-
• SHK Ya / Tidak	-	-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
• Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	Dr. S.	Dr. S.	Dr. S.

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

[illegible]

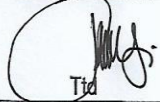
Lampiran 15 MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda)

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal Kunjungan Rumah: <u>28-04-2020</u>		Alamat: <u>Rusun Kebomas</u>
Nama Bayi: <u>B+P</u>		Nama Ibu: <u>M+M</u>
Tgl Lahir/Umur: <u>24-04-20/1hr</u> BB: <u>3635</u> gram		PB: <u>52</u> cm Suhu: <u>36.8</u> °C
Bayi sakit apa? <u>tidak sakit</u>		Kunjungan Pertama ☒ Kunj.Ulang ☐ KN: <u>1</u> / 2 / 3
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI - Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua. (-) - Ada riwayat kejang. (-) - Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali. (-) - Hitung napas dalam 1 menit <u> </u> kali / menit Ulangi jika ≥ 60 kali / menit - Hitung napas kedua <u> </u> kali / menit - Apakah: - Napas cepat (≥ 60 kali/menit), atau (-) - Napas lambat (< 30 kali/menit) (-) - Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. (-) - Suhu tubuh $\geq 37,5$ °C (-) - Suhu tubuh $< 35,5$ °C (-) - Mata bermanah : Banyak (-) Sedikit (-) - Pusar kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm. (-) - Pusar kemerahan atau bermanah. (-) - Ada pustul di kulit (-)	Mungkin bukan infeksi	- Agak bau era muntah bayi di rumah. - Lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA IKTERUS - Kuning timbul pada hari pertama (< 24 jam) setelah lahir. (-) - Kuning pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari. (-) - Kuning pada umur lebih dari 14 hari. (-) - Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. (-) - Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki. (-)	tidak dulu ikterus.	- Lakukan asuhan perawatan terapi. - Lakukan asuhan dasar bayi muda.
APAKAH BAYI DIARE ? Ya ☐ Tidak ☒ - Bayi sudah diare selama <u> </u> hari. (-) - Keadaan umum bayi: - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelisah atau rewel. (-) - Mata cekung. - Cubitan kulit perut kembalinya: - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) (-)	Mungkin bukan Diare.	- lakukan sesuai perawatan terapi - lakukan asuhan dasar bayi muda.

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya ☒ Tidak ☐ Jika Ya, apakah hasilnya Positif ☐ Negatif ☒ Jika Positif, apakah ibu sudah minum ARV? Sudah ☐ Belum ☐ Jika Sudah, apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya ☐ Tidak ☐ • Apakah Bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV? Ya ☐ Tidak ☐ Jika Ya, apakah hasilnya Positif ☐ Negatif ☐ Jika Positif, apakah bayi sudah mendapatkan ARV? Sudah ☐ Belum ☐ • Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya ☐ Tidak ☐ • Jika status ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan tes serologis pada ibu.	Mungkin Bukan Infeksi HIV	Jangankan infeksi lainnya jika ada.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI/MINUM • Berat badan menurut umur - Rendah: ≤ -2 SD : ☐ - Tidak rendah: > -2 SD : ☒ 3,625gr • Apakah bayi diberi ASI? Ya ☒ Tidak ☐ Jika bayi diberi ASI ☒ Berapa kali dalam 24 jam? <u>sering</u> kali. ☒ Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya ☐ Tidak ☒ Jika Ya, apa yang diberikan? _____ berapa kali dalam 24 jam? _____ kali. alat apa yang digunakan, botol atau cangkir? - Khusus ibu HIV positif tanyakan: Apakah ibu memberi ASI penuh? Ya ☐ Tidak ☐ Jika tidak, cairan apa yang diberikan untuk menambah atau menggantikan ASI? _____ Jika bayi tidak diberi ASI - Minuman atau cairan apa yang diberikan? _____ - Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali. - Alat apa yang digunakan, botol atau cangkir ? _____ • Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut. • Terdapat celah bibir / langit-langit.	Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI	- lakukan asfdu dasar breastfeeding - pastikan ibu pernah telah memberikan minum penuh breastfeeding dengan benar.

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
Jika bayi diberi ASI DAN tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI. ① Bersihkan hidung bayi jika tersumbat. • Amati dengan seksama ketika ibu menyusui bayi. • Tentukan apakah bayi menyusui dengan baik? a. <u>posisi benar</u> atau posisi salah b. melekat dengan baik atau tidak melekat dengan baik atau tidak melekat sama sekali c. mengisap dengan efektif atau tidak efektif mengisap atau tidak mengisap sama sekali Jika bayi tidak diberi ASI DAN tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG PEMBERIAN MINUM. ① Amati cara ibu menyiapkan dan memberikan minum: a. Apakah higienis? Ya ☒ Tidak ☐ b. Jumlah cairan yang diberikan? Cukup ☒ Tidak ☐ c. Membersihkan perlengkapan? Sesuai ☒ Tidak ☐		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir ya ☒ tidak ☐	→	Vit K1 diberikan hari ini
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI Lingkari yg dibutuhkan injeksi HB-0 <u>24/10</u> BCG ☐ POLIO 1 ☐	→	Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <u>tidak</u>		
Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : <u>7</u> hari		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <u>tidak</u>		

Nama Pemeriksa



Ttd

FORMULIR PENGATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan Rumah: 29-04-2020.

Alamat: Pusan Labomes.

Nama Bayi: Bx. 42

①/P

Nama Ibu: Ht. H.

Tgl Lahir/Umur: 24-04-2020 BB: 3800 gram

PB: 53 cm Suhu: 36.8°C

Bayi sakit apa? Trauk Sabut.

Kunjungan Pertama

Kunj.Ulang ✓

KN: 1/2/3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGobatan
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI - Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua. (-) - Ada riwayat kejang. (-) - Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali. (-) - Hitung napas dalam 1 menit 42 kali / menit Ulangi jika ≥ 60 kali / menit - Hitung napas kedua 45 kali / menit - Apakah: - Napas cepat (≥ 60 kali/menit), atau (-) - Napas lambat (< 30 kali/menit) (-) - Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. (-) - Suhu tubuh $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (-) - Suhu tubuh $< 35,5^{\circ}\text{C}$ (-) - Mata bermanah: Banyak (-) Sedikit (-) - Pusar kemerahan meluas ke dinding perut $> 1\text{ cm}$. (-) - Pusar kemerahan atau bermanah (-) - Ada pustul di kulit (-)	Mungkin Bukan Infeksi	- Atasi ibu cara merawat bayi di rumah - Letakkan bayi desor bayi mulla.
MEMERIKSA IKTERUS - Kuning timbul pada hari pertama (< 24 jam) setelah lahir. (-) - Kuning pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari. (-) - Kuning pada umur lebih dari 14 hari. (-) - Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. (-) - Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki. (-)	Trauk ada ikterus	Letakkan bayi desor bayi mulla.
APAKAH BAYI DIARE? Ya ☐ Tidak ☒ - Bayi sudah diare selama hari. (-) - Keadaan umum bayi: - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelisah atau rewel. (-) - Mata cekung. (-) - Cubitan kulit perut kembalinya: - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) (-)	Mungkin tidak Diare	Letakkan bayi desor bayi mulla.

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGobatan
MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya ☒ Tidak ☐ Jika Ya, apakah hasilnya Positif ☐ Negatif ☒ Jika Positif, apakah ibu sudah minum ARV? Sudah ☐ Belum ☐ Jika Sudah, apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya ☐ Tidak ☐ • Apakah Bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV? Ya ☐ Tidak ☐ Jika Ya, apakah hasilnya Positif ☐ Negatif ☐ Jika Positif, apakah bayi sudah mendapatkan ARV? Sudah ☐ Belum ☐ • Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya ☐ Tidak ☐ • Jika status ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan tes serologis pada ibu.	Mungkin Bukan infeksi HIV	fagena infeksi lain jika ada.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI/MINUM • Berat badan menurut umur - Rendah: ≤ -2 SD : ☐ - Tidak rendah: > -2 SD : ☒ 2800gr • Apakah bayi diberi ASI? Ya ☒ Tidak ☐ Jika bayi diberi ASI • Berapa kali dalam 24 jam? ☒ 5 kali. • Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya ☐ Tidak ☒ Jika Ya, apa yang diberikan? berapa kali dalam 24 jam? kali. alat apa yang digunakan, botol atau cangkir? - Khusus ibu HIV positif tanyakan: • Apakah ibu memberi ASI penuh? Ya ☐ Tidak ☐ Jika tidak, cairan apa yang diberikan untuk menambah atau menggantikan ASI? Jika bayi tidak diberi ASI - Minuman atau cairan apa yang diberikan? - Berapa kali dalam 24 jam? kali. - Alat apa yang digunakan, botol atau cangkir? • Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut. • Terdapat celah bibir / langit-langit.	Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah pemberian ASI.	- lakukan cek dasar bayi mulut. - Pusi lele umur dan kemungkinan tidak ada masalah memberikan makanan berupa benar.

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
Jika bayi diberi ASI DAN tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI. - Bersihkan hidung bayi jika tersumbat. - Amati dengan seksama ketika ibu menyusui bayi. - Tentukan apakah bayi menyusu dengan baik? a. posisi benar atau posisi salah - melekat dengan baik atau tidak melekat dengan baik - atau tidak melekat sama sekali b. mengisap dengan efektif atau tidak efektif mengisap - atau tidak mengisap sama sekali Jika bayi tidak diberi ASI DAN tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG PEMBERIAN MINUM. - Amati cara ibu menyiapkan dan memberikan minum: a. Apakah higienis? Ya ☒ Tidak ☐ b. Jumlah cairan yang diberikan? Cukup ☒ Tidak ☐ c. Membersihkan perlengkapan? Sesuai ☒ Tidak ☐		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir ya ☒ tidak ☐	→	Vit K1 diberikan hari ini
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari yg dibutuhkan injak) HB-0 ☐ BCG ☐ POLIO 1 ☐	→	Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <i>tda</i>		
Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : 19. hari		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <i>tda</i>		

Nama Pemeriksa



Ttd

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan Rumah: 08-05-2020.

Alamat: Pusan Pekonng.

Nama Bayi: R. R.

Nama Ibu: H. H.

Tgl Lahir/Umur: 28-04-2020 BB: 4000 gram

PB: 54 cm

Suhu: 36.8°C

Bayi sakit apa? Diarek Salut.

Kunjungan Pertama

Kunj.Ulang

KN: 1 / 2 / 3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI - Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua. (-) - Ada riwayat kejang. (-) - Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali. (-) - Hitung napas dalam 1 menit ____ kali / menit Ulangi jika ≥ 60 kali / menit - Hitung napas kedua ____ kali / menit - Apakah: - Napas cepat (≥ 60 kali/menit), atau (-) - Napas lambat (< 30 kali/menit) (-) - Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. (-) - Suhu tubuh $\geq 37,5^\circ\text{C}$ (-) - Suhu tubuh $< 35,5^\circ\text{C}$ (-) - Mata bermanah: Banyak (-) Sedikit (-) - Pusar kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm. (-) - Pusar kemerahan atau bermanah. (-) - Ada pustul di kulit (-)	Mungkin Bukan Infeksi	- Ajari Ibu cara merawat bayi di rumah. - Lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA IKTERUS - Kuning timbul pada hari pertama (< 24 jam) setelah lahir. (-) - Kuning pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari. (-) - Kuning pada umur lebih dari 14 hari. (-) - Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. (-) - Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki. (-)	tidak ada ikterus	Lakukan asuhan dasar bayi muda.
APAKAH BAYI DIARE ? Ya ____ Tidak ☒ - Bayi sudah diare selama ____ hari. (-) - Keadaan umum bayi: - Letargis atau tidak sadar. (-) - Gelisah atau rewel. (-) - Mata cekung. (-) - Cubitan kulit perut kembalinya: - Sangat lambat (> 2 detik) (-) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) (-)	Mungkin Bukan Diare	Lakukan asuhan dasar bayi muda.

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA STATUS HIV 1. Apakah ibu pernah tes HIV? Ya ☒ Tidak ☐ Jika Ya, apakah hasilnya Positif ☐ Negatif ☒ Jika Positif, apakah ibu sudah minum ARV? Sudah ☐ Belum ☐ Jika Sudah, apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan? Ya ☐ Tidak ☐ 2. Apakah Bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV? Ya ☐ Tidak ☐ Jika Ya, apakah hasilnya Positif ☐ Negatif ☐ Jika Positif, apakah bayi sudah mendapatkan ARV? Sudah ☐ Belum ☐ 3. Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI? Ya ☐ Tidak ☐ 4. Jika status ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan tes serologis pada ibu.	Mylem Bulan infeksi HIV	fayani mpti luntur jika sudah
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI/MINUM 1. Berat badan menurut umur - Rendah: ≤ -2 SD : ☐ - Tidak rendah: > -2 SD : ☒ 2. Apakah bayi diberi ASI? Ya ☒ Tidak ☐ Jika bayi diberi ASI a. Berapa kali dalam 24 jam? ☒ kali. b. Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya ☐ Tidak ☒ Jika Ya, apa yang diberikan? _____ berapa kali dalam 24 jam? _____ kali. alat apa yang digunakan, botol atau cangkir? - Khusus ibu HIV positif tanyakan: - Apakah ibu memberi ASI penuh? Ya ☐ Tidak ☐ Jika tidak, cairan apa yang diberikan untuk menambah atau menggantikan ASI? _____ Jika bayi tidak diberi ASI - Minuman atau cairan apa yang diberikan? _____ - Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali. - Alat apa yang digunakan, botol atau cangkir ? _____ - Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut. - Terdapat celah bibir / langit-langit.	Berat badan tidak rendah menurut umur. dengan ASI. pemberian ASI.	- lakukan asah desat berti baru lahir - puyi lah ibu kuran lebih memberikan ASI dengan benar.

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
Jika bayi diberi ASI DAN tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI. - Bersihkan hidung bayi jika tersumbat. - Amati dengan seksama ketika ibu menyusui bayi. - Tentukan apakah bayi menyusu dengan baik? a. posisi benar atau posisi salah melekat dengan baik atau tidak melekat dengan baik atau tidak melekat sama sekali b. mengisap dengan efektif atau tidak efektif mengisap atau tidak mengisap sama sekali Jika bayi tidak diberi ASI DAN tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG PEMBERIAN MINUM. - Amati cara ibu menyiapkan dan memberikan minum: a. Apakah higienis? Ya ☒ Tidak ☐ b. Jumlah cairan yang diberikan? Cukup ☒ Tidak ☐ c. Membersihkan perlengkapan? Sesuai ☒ Tidak ☐		
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir ya ☒ tidak ☐	→	Vit K1 diberikan hari ini
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari yg dibutuhkan injak) HB-0 ☐ BCG ☐ POLIO 1 ☐	→	Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN <i>tda</i>		
Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : 14. _ hari		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU <i>tda.</i>		

Nama Pemeriksa



Ttd

Lampiran 16 Kartu KB



BIDAN PRAKTEK SWASTA
Siti Hamidah, S.ST
 KH. A. Karim Gg. VI / 4 Karang Poh Telp. (031) 3985881 Gresik



KARTU KB

No. : 311/20

Nama : Nur Hidayati Umur : 38 thn Pendidikan : SMA Kawin Ke : 4 Pekerjaan : Swasta (Admin) Alamat : Jl. KH. Abdul Karim no.8	Nama Suami : Tn. Bambang Umur : 57 th Pendidikan : SMA Kawin Ke : 1 Pekerjaan : Swasta Telepon : 08213918850
---	---

STATUS PESERTA KB BARU

1. Jumlah anak hidup : 2
2. Keinginan punya anak lagi : -
3. Saat ingin punya anak lagi : -
4. Status kehamilan saat ini : -
5. Riwayat komplikasi kehamilan : -
6. Sikap pasangan terhadap KB : -
7. Menjelaskan resiko HIV / AIDS / PMS : -
8. Metode Ganda untuk akseptor KB yang resiko tertular HIV / AIDS / PMS (pakai kondom) : -

PEMERIKSAAN

1. Tekanan darah : 120/90 mm hg BB : 56 Kg.
2. Haid Terakhir : -
3. Kebiasaan merokok : -
4. Tentang menyusui : -
5. Tanggal persalinan terakhir : 24-04-2020
6. Keadaan calon peserta saat ini
 - Sakit Kuning : Ya / Tidak
 - Perd. Per. Vag. : Ya / Tidak
 - Tumor Payudara : Ya / Tidak
7. Keluhan
 - Fluoribus : Gatal, Seperti Susu, Busa, Cair.
8. Calon Aks. IUD dilakukan pemeriksaan
 - Tanda Radang : Ya / Tidak
 - Tumor : Ya / Tidak
 - Posisi Rahim : Retro / Ante fleksi
 - Genitalia Luar / Dalam : Varices, Jengger, Condilo, Bartholinitis

9. Alat Kontrasepsi yang diberikan :

- Tanggal dilayani : -
- Tanggal dipesan kembali : -
- Tanggal dilepas : -

KUNJUNGAN ULANG

[illegible]

**PERSETUJIAN PELAYANAN KONTRASEPSI
(INFORMED CONSENT)**

KB YANG DIPILIH :

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :
Setelah mendapat penjelasan dan mengerti sepenuhnya segala hal-hal yang berkaitan dengan alat kontrasepsi serta setelah kami sepakati berdua suami/istri, bersama ini kami menyatakan secara sukarela memilih untuk diayani kontrasepsi.

Yang Memberi Penjelasan
BIDAN

Suami / Istri
Calon Peserta KB

(Siti Hamidah, S.ST)

Nur hayati

Lampiran 17 Lembar Kunjungan Pasien



PROGRAM STUDY DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

Lembar Kunjungan Pasien

Nama : Asri Aulia Noviana
NIM : 1711004
Nama Pembimbing : Siti Hamidah, S.ST., M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Pokok Pembahasan	TTD Pembimbing
1.	Kamis, 02-Apr-2020	Pemeriksaan ANC I	
2.	Minggu, 12-Apr-2020	Pemeriksaan ANC II	
3.	Jum'at, 24-Apr-2020	Asuhan persalinan Asuhan masa nifas I	
4.	Sabtu, 25-Apr-2020	Asuhan neonatus I	
5.	Rabu, 29-Apr-2020	Asuhan neonatus II	
6.	Kamis 30-Apr-2020	Asuhan masa nifas II	
7.	Jum'at, 08-Mei-2020	Asuhan neonatus III Asuhan masa nifas III	
8.	Jum'at, 05-Juni-2020	Asuhan masa nifas IV Asuhan keluarga Berencana.	
9.			

Lampiran 18 Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir



Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Nama : Asri Aulia Noviana
NIM : 1711004
Pembimbing : Siti Hamidah S.ST.,M.kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1.	7/07 ²⁰	- Bab 3 Hal 17 = Penulisan diperbaiki	
		Hal 18 = tambahkan yang kurang	
		lengkap pada DS.	
		Hal 119 = MTI normal	
		120 = Dr diperbaiki UK	
		salah	
		121 = Pelaksana diperbaiki	
		Penulisan fa.	
		122 = tambahkan sibling	
		123 = DO diperbaiki	
		124 = UK salah, pelaksana	
		diperbaiki	
		125 = lakukan tulisan diperbaiki	
		126 = tambahkan sibling	
		127 = penulisan diperbaiki	
		128 = pemberian kebutuhan	
		tidak sesuai	
		129 = keluarkan betulkan penulisan	

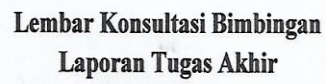
132 = tambahkan hal 148 g.
133 = betulkan tabel



Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Nama : Asri Aulia Noviana
NIM : 1711004
Pembimbing : Siti Hamidah S.ST.,M.kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
2.	20/07 ²⁰	- Penulisan - tambahkan manfaat mobilisasi. - Pelaksanaan :- Pemberian infus - Inform Consent Vakum. - Prosedur tindakan Vakum. - Pembetulan jam	
3.	22/07 ²⁰	- Bab 3 :- Pelaksanaan kala 2 betulkan - tambahkan yang kurang - Penatalaksanaan kala 3 jam di betulkan - Penatalaksanaan kala 4 kegawatan nta di betulkan.	
4.	23/07 ²⁰	- Bab 3 :- Hal 150 :- jam pelaksanaan betulkan. Hal 159 :- jam betulkan Hal 173 :- table betulkan Hal 175 :- terapis ditambahkan.	

[illegible]

Lampiran 19 Surat Pengantar Pengambilan Data di RS Muhammadiyah Gresik

 **PRODI D3 KEBIDANAN**
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor : 058/II.3.UMG/PBdn/F/2020
Lamp. : -
Hal : Surat Ijin Penelitian LTA

Kepada Yth.
Direktur RS Muhammadiyah Gresik
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berkenaan dengan tugas penyusunan Laporan Tugas Akhir bagi mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini :

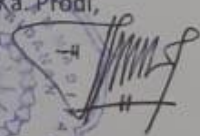
Nama : **Asri Aulia Safitri**
NPM : 1711004
Judul Penelitian : Asuhan Kebidanan pada Ny. "N" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Siti Hamidah, M.Kes.

Kami mengharap bantuan untuk memberikan kesempatan pada mahasiswa kami untuk melakukan pengambilan data dan pendampingan selama pasien bersalin di RS Muhammadiyah Gresik.

Bahwasanya mahasiswa tersebut telah mengikuti seluruh rangkaian Asuhan Kebidanan berkelanjutan dari pasien Nur Hayati (37 thn), Alamat: Jl. Abdur Karim no 81/Rusun Kebomas It.3 No 17. Sebelum ini Mahasiswa tersebut telah mendampingi Pemeriksaan ANC di BPM Siti Hamidah, M.Kes, dan merencanakan persalinan di RS Muhammadiyah Gresik dengan taksiran persalinan tanggal 22 April 2020.

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

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 22 April 2020
Ka. Prodi,

Luluk Hidayati, S.Si.T., MPH.

Tindasan:
1. Arsip

17/2016