

Lampiran 2 Surat Permohonan Data Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik


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 berharap 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
 P.S. Ka. Prodi,

Tulok Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindakan:
 1. Arsip

071_LAM-PTRes-AkrDipIK/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 Kabupaten Gresik

	<p>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</p>
Gresik, 13 Maret 2020	
Nomor : 070/104/437.71/2020	Kepada
Sifat : Penting	Yth. Ka. Prodi Kebidanan Fakultas
Lampiran : -	Kesehatan Universitas
Perihal : Surat Pengantar Ijin LTA	Muhammadiyah Gresik
	di -
	Gresik
<p>Dasar :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik; 2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik; 3. Surat dari Ka. Prodi Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik Nomor : 046/II.3.UMG/PBdn/F/2020 tanggal 13 Maret 2020 Perihal Surat Pengantar Ijin LTA. <p>Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya kegiatan yang dilakukan oleh:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nama : Adelia Oktaviani 2. NIM/NIK/NIDN : 1711.002 3. Pekerjaan : Mahasiswa 4. Alamat : Lingkungan Glora Dalegan Rt.003 Rw.003 Desa Dalegan Kec. Panceng Kab. Gresik 5. Keperluan dilakukannya survey/penelitian/KKN : Untuk Melaksanakan Penelitian dengan judul “Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada NY "X" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di PBM Rowani, A.Md. Kebidanan Desa Sidojangkung Menganti Gresik” 6. Tempat melakukan survey/penelitian/KKN : Kab. Gresik 7. Waktu Pelaksanaan survey/penelitian/KKN : 13 Maret - 13 Juni 2020 8. Peserta/Pengikut : - 	

-2-

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 - lambatnya 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 Praktek

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

Nomor : 050/Il.3.UMG/PBdn/F/2020
Lamp. : -
Hal : *Surat Pengantar Ijin Penelitian*

Kepada Yth.
Bidan SITI HAMIDAH, S.ST.,M.Kes
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 : **Lailatul Maghfiro**
NPM : 1711007
Alamat : Jl.Meduran Rt.02 Rw.03
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Fisiologis Pada Ny."S" Masa Hamil Sampai Pelayanan KB di SITI HAMIDAH, S.ST.,M.Kes 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, 14 Maret 2020
Pjs. Ka. Prodi,

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 5 Surat Balasan Permohonan Izin Praktek

	PRAKTEK MANDIRI BIDAN H.J. SITI HAMIDAH, S.ST, M.Kes JL. K.H. ABDUL KARIM NO.12 GRESIK	 Bidan Delima <small>PELAYANAN KEPERAWATAN</small>
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 : Lailatul Maghfiro NIM : 1711007 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada “Ny. S” 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		
<div style="text-align: center;">  Praktek Mandiri Bidan H.J. S. Hamidah, SST No. III.6/13.SIB/2014/006 PG/11/04 Jl. KH. Abd. Karim Gg. V No. 12 Gresik </div>		
Siti Hamidah, S.ST., M.Kes		

Lampiran 6 Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lailatul Maghfiro

NIM : 1711.007

Adalah mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, sebagai pernyataan kelulusan di semester VI (enam), saya ditugaskan untuk melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, Neonatus, Keluarga Berencana) dan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) 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 akan memberikan 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, 12 Maret 2020

Mahasiswa



LAILATUL MAGHFIRO

NIM : 1711.007

Lampiran 7 Persetujuan Sebagai Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : NY.S.

Umur : 34 tahun

Pekerjaan : IRT

Alamat : Pongangan Krajan Gang Kebon Sirih 2/01

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, 12 Maret 2020

Responden



(NY.S.)

Lampiran 8 Lembar Identitas Ibu Hamil

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

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	M.Y. <u>Siti Rohmah</u>
Tempat/Tgl. lahir	<u>39 thn</u>
Kehamilan ke	<u>3</u> Anak terakhir umur: <u>10</u> tahun
Agama	<u>Islam</u>
Pendidikan	Tidak Sekolah / <u>SD</u> SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	<u>-</u>
Pekerjaan	<u>IPT</u>
No. JKN	.....

Nama Suami	<u>Tn. Hanapi</u>
Tempat/Tgl. lahir	<u>36 thn</u>
Agama	<u>Islam</u>
Pendidikan	Tidak Sekolah / <u>SD</u> SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	<u>-</u>
Pekerjaan	<u>Swasta</u>

Alamat Rumah	<u>Jl. Pengangan Krayan Gg. Kebon Silih 2/01</u>
Kecamatan	.....
Kabupaten/Kota	.....
No. Telp. yang bisa dihubungi	<u>0851 021 88 540</u>

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

* Lingkari yang sesuai

6

Lampiran 10 Lembar Belakang Catatan Kesehatan Ibu Hamil

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
26/10/20	Tua	120/80	53	35 minggu	30 cm	g. k.	132
31/10/20							
8/11/20							

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

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
-/+		Berikan + man's Rizi			
-/+		Koles			
-/+					

Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN.
 Syarat mengurus akte kelahiran: (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan identitas saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.



Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

Lampiran 11 Hasil USG



Lampiran 12 Skrining Skor Poedji Rochjati

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Ny. Siti Rochmah Alamat : Jl. Pengangan Kelan
 Umur Ibu : 34 th Kec / Kab : Manyan
 Pendidikan : SD Pekerjaan : RT
 Hamil Ke : 3 Haid Terakhir tgl : lupa Perkiraan Persalinan tgl : ? bl.
 Periksa I
 Umur Kehamilan : 2 bl Di : RS

KEL FR	NO	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	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	Terlalu tua, hamil ≥ 35 th	4	-	-	-	-
		Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4	-	-	-	-
	3	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4	4	4	4	4
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4	-	-	-	-
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4	-	-	-	-
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4	-	-	-	-
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4	-	-	-	-
	8	Pernah gagal kehamilan	4	-	-	-	-
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tarikan tang / vakum	4	-	-	-	-	
	b. Uri Dirogoh	4	-	-	-	-	
	c. Diberi infus / Transfusi	4	-	-	-	-	
	10. Pernah Operasi Sesar	8	-	-	-	-	
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4	-	-	-	-
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4	-	-	-	-
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4	-	-	-	-
		f. Penyakit Menular Seksual	4	-	-	-	-
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4	-	-	-	-
13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	-	-	-	-	
14	Hamil kembar air (Hydramnion)	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	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8	-	-	-	-
JUMLAH SKOR				6	6	6	6

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Melahirkan tanggal : 09 / 09 / 2020

RUJUK DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
 RUJUK KE : 1. Bidan 2. Puskesmas

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Resiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Resiko I & II
 1. Pendarahan antepartum
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.

Komplikasi Obstetrik
 3. Pendarahan postpartum
 4. Uri tertinggal
 5. Persalinan Lama

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-lain
 PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain
 MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan Pervaginal 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.....
 TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

IBU :
 1. Berat lahir : 2800 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

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :

Keluarga Berencana : Ya, suntik 3 bln / Sterilisasi :

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

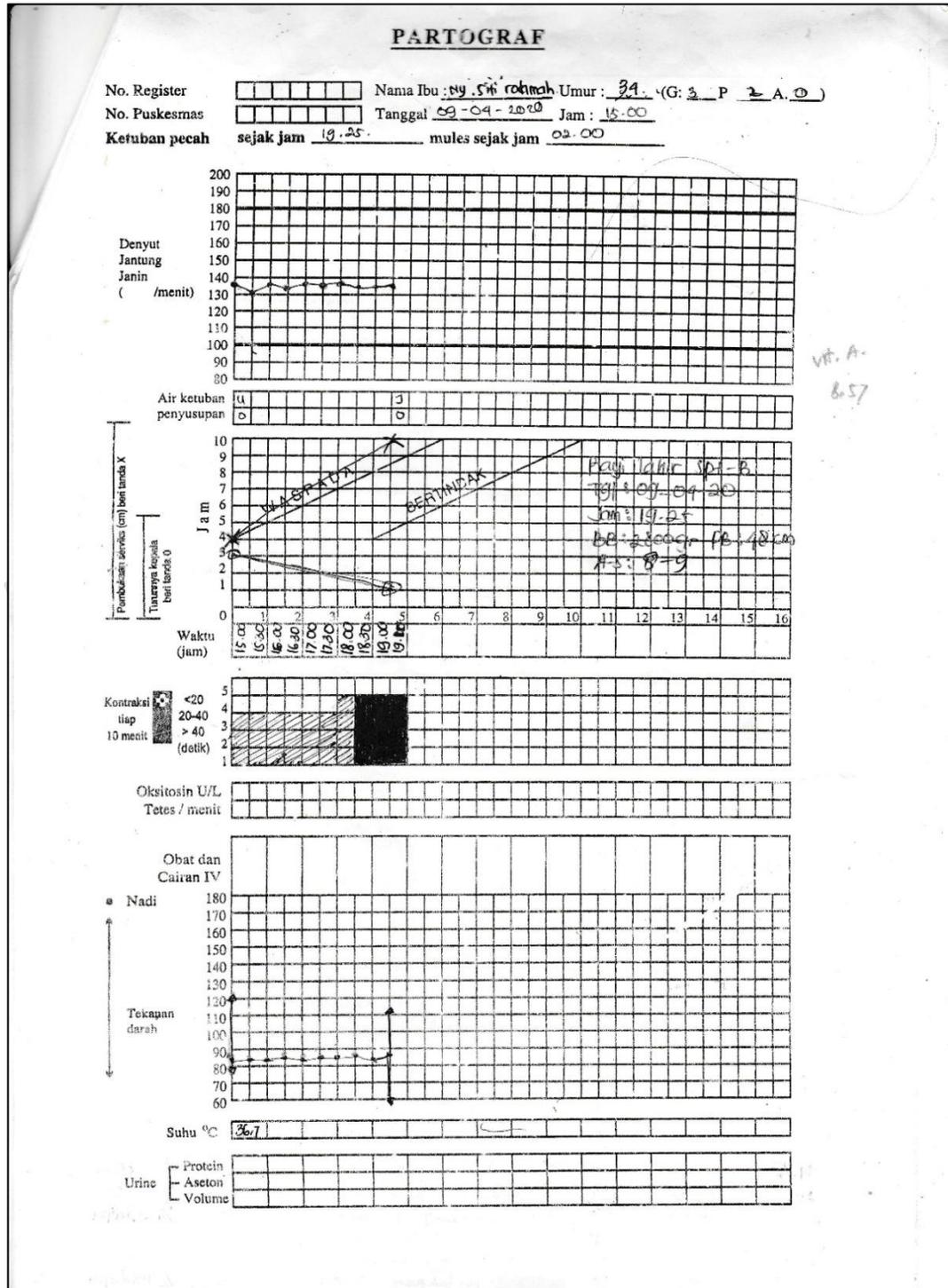
Kematian Ibu dalam Kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

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

Lampiran 13 Lembar Penapisan

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

Lampiran 14 Partograf Bagian Depan



Lampiran 16 Lembar Kunjungan Neonatal

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

LAYANAN 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 membubuhi 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

Pemulangan Bayi Lahir Normal, Konseling, dan Kunjungan Ulang

Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK

– Skrining Hipotiroid Kongenital

– Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+

– Konfirmasi hasil SHK

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam) Tgl: 10/4/20	Kunjungan II (hari 3-7) Tgl: 16-4-20	Kunjungan III (hari 8-28) Tgl: 16-5-20
Berat badan (gram)	2.860 gr	3400 gr	3.700 gr
Panjang badan (cm)	48 cm	50 cm	52 cm
Suhu (°C)	36,8	36,7	36,7
Frekuensi nafas (x/menit)	43	47	48
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	134	132	130
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Memeriksa ikterus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Memeriksa diare	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Memeriksa status Vit K1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCC, Polio 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• SHK Ya / Tidak	-	-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
• Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	Lailatul M.		

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

Lampiran 17 Lembar Pelayanan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)	KUNJUNGAN 4
	Tgl: 09/04/20	Tgl: 15/04/20	Tgl: 23/04/20	Tgl: 01/05/20
Kondisi ibu secara umum	baik	baik	baik	baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	TD: 110/70 S: 36,6 N: 80 RR: 20	TD: 110/70 S: 36,6 N: 80 RR: 20	TD: 110/70 S: 36,7 N: 80 RR: 20	TD: 110/70 S: 36,7 N: 80 RR: 20
Perdarahan pervaginam	normal	normal	normal	normal
Kondisi perineum	baik	baik	baik	baik
Tanda infeksi	tdk ada	tdk ada	tdk ada	tdk ada
Kontraksi uteri	keras	keras	keras	keras
Tinggi Fundus Uteri	3 Jr & Pst.	Perut kembung post-prim tdk keras		tdk keras
Lokia	rubra	serosa	serosa	alba
Pemeriksaan jalan lahir	baik	baik	baik	baik
Pemeriksaan payudara	baik	baik	baik	baik
Produksi ASI	+ / +	+ / +	+ / +	+ / +
Pemberian Kapsul Vit.A	✓			
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-	-	-	-
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-	-
Buang Air Besar (BAB)	-	+	+	+
Buang Air Kecil (BAK)	+	+	+	+
Memberi nasehat yaitu:				
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	✓	✓	✓	✓
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	✓	✓	✓	✓
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	✓	✓	✓	✓
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	✓			✓
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	-	-	-	✓
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan	✓	✓	✓	✓
Perawatan bayi yang benar	✓	✓	✓	✓
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	✓	✓	✓	✓
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓	✓	✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	-	-	-	✓

26

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Kunjungan Nifas/ Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl:	TD: 110/70 H: 80% _m S: 36,6 R: 20 ^x / _m . - Nutrisi ibu nifas - kebutuhan nutrisi bayi. - pengurangan rasa nyeri. - tanda bahaya bayi. - tanda bahaya nifas. - Personal hygiene - imunisasi. - Istirahat - KB pasca salin.
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl:	TD: 110/70 H: 80% _m S: 36,5 R: 20 ^x / _m . - nutrisi ibu nifas - istirahat - Senam nifas.
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl:	TD: 110/70 H: 80% _m S: 36,7 R: 20 ^x / _m . - nutrisi ibu nifas - menyusui bayi. - istirahat - senam.
Kunjungan Nifas 4 (KF4)	TD: 110/70 H: 80% _m S: 36,7 R: 20 ^x / _m . - ASI eksklusif. - konseling KB.

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu**:

- Sehat
 Sakit
 Meninggal

Komplikasi Nifas**:

- Perdarahan
 Infeksi
 Hipertensi
 Lain-lain: Depresi post partum

Keadaan Bayi**:

- Sehat
 Sakit
 Kelainan Bawaan
 Meninggal

**Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 18 Kartu KB

 BIDAN PRAKTEK SWASTA Siti Hamidah, S.ST KH. A. Karim Gg. VI/4 Karang Poh Telp. (031) 3985881 Gresik		 Bidan Delima <small>MELAYANAKAN BERKUALITAS</small>	
KARTU KB		No. : <u>335/20</u>	
Nama	: <u>NY. SITI ROHMAH</u>	Nama Suami	: <u>Tn. HANAFI</u>
Umur	: <u>34 th.</u>	Umur	: <u>36 th.</u>
Pendidikan	: <u>SD</u>	Pendidikan	: <u>SD</u>
Kawin Ke	: <u>1</u>	Kawin Ke	: <u>1</u>
Pekerjaan	: <u>IP-T</u>	Pekerjaan	: <u>SWASTA</u>
Alamat	: <u>Jl. Pengangan Krajan Gang. kebon Sirih 2/01</u>	Telepon	: <u>085102188540</u>
STATUS PESERTA KB BARU			
1. Jumlah anak hidup	:	<u>3</u>	
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	:	<u>120/80</u> mm hg	BB : <u>45</u> Kg.
2. Haid Terakhir	:		
3. Kebiasaan merokok	:		
4. Tentang menyusui	:	<u>Ⓟ</u>	
5. Tanggal persalinan terakhir	:	<u>09-04-20</u>	
6. Keadaan calon peserta saat ini	:		
- Sakit Kuning	:	Ya / <u>Tidak</u>	
- Perd. Per. Vag.	:	Ya / <u>Tidak</u>	
- Tumor Payudara	:	Ya / <u>Tidak</u>	
7. Keluhan	:		
- Fluoralbus	:		<u>Gatal, Seperti Susu, Busa, Cair.</u>
8. Calon Aks. IUD dilakukan pemeriksaan	:		
- Tanda Radang	:	Ya / <u>Tidak</u>	
- Tumor	:	Ya / <u>Tidak</u>	
- Posisi Rahim	:	<u>Retro / Antefleksi</u>	
- Genitalia Luar / Dalam	:	<u>Varices, Jengger, Condiolo, Bartholinitis</u>	
9. Alat Kontrasepsi yang diberikan :	:		
- Tanggal dilayani	:	<u>10 Juni 2020</u>	
- Tanggal dipesan kembali	:	<u>31-08-20</u>	
- Tanggal dilepas	:		

Lampiran 20 Lembar MTBM Kunjungan Ke-1 Bagian Depan

Form MTBM Hal. 1 / 2

Kab. : _____ Puskesmas : _____ No. Register Bayi : _____
 Polindes : _____

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal : 10-09-2020
 Nama bayi : BY. NY. SITI ROCHMAH Nama Orang Tua : SITI ROCHMAH Alamat : Jl. Dangan Krajan, Gg. Kebon Sirih
 Umur : 6 Jam Berat badan : 2.800 gram Suhu tubuh : 36,8 °C
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? _____ Kunjungan pertama ? 1x Kunjungan ulang ? _____

PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG • Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang : - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut menucu - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	(-) mungkin bukan	- Ajari ibu cara merawat bayi di rumah. - Lakukan asuhan dengan bayi muda.
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS • Napas berhenti lebih dari 20 detik. • Hitung napas dalam 1 menit kali/menit. - Ulangi jika ≥ 60 kali/menit. hitung napas kedua kali/menit. Napas cepat. - Napas lambat (< 30). • Bayi tampak biru. • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. • Pernapasan cuping hidung. • Bayi merintih	(-) tidak ada gangguan nafas	- Lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA HIPOTERMIA • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$, antara $36^{\circ}\text{C} - 36,4^{\circ}\text{C}$. • Seluruh tubuh terasa dingin disertai : - mengantuk/letargis - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (sklerema). • Kaki/tangan terasa dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal.	(-) mungkin bukan hipotermia	- Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFEKSI BAKTERI • Bayi mengantuk/letargis atau tidak sadar. • Ada kejang disertai salah satu tanda/gejala infeksi lainnya. • Ada gangguan napas. • Males minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah. • Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (sklerema). • Ubul - ubun cembung • Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ atau tubuh terasa panas. • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau tubuh terasa dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya.	(-) mungkin bukan infeksi	- Lakukan asuhan dengan bayi muda.
• Pustul kulit: apakah sedikit atau banyak/parah ? • Mata bermanah; apakah sedikit atau banyak ? • Nanah keluar dari telinga. • Puser kemerahan, apakah meluas sampai ke kulit perut atau bermanah ? • Puser berbau busuk ?		
MEMERIKSA IKTERUS • Bayi kuning. Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir, • Kuning pada umur 3 - < 14 hari • Kuning ditemukan pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan • Tinja berwarna pucat. • Kuning sampai lutut/leku atau lebih.	tidak ada ikterus	- Lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA • Bayi muntah. - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang, Muntah warna hijau. • Bayi gelisah/terangis dengan perut kembung atau tegang • Teraba distensi abdomen atau kembung • Air liur berlebihan atau busuk berbau menusus. • Bayi belum buang air besar dalam 24 jam terakhir (**). • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer (**). - Tidak teraba lubang anus. • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare.	mungkin bukan gangguan saluran cerna	- Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah.

****)** Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.

Lampiran 21 Lembar MTBM Kunjungan Ke-1 Bagian Belakang

Form MTBM Hal. 2/2

Kab. : _____ Puskesmas : _____

No. Register Bayi: _____
 No. MSTM: _____
 Polindes : _____

**** PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)**

PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama _____ hari Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. <input checked="" type="checkbox"/> - Gelasah atau rewel. <input checked="" type="checkbox"/> Mata cekung Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat lambat (> 2 detik) <input checked="" type="checkbox"/> - Lambat <input checked="" type="checkbox"/> Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. <input checked="" type="checkbox"/> 	Diare tanpa dehidrasi.	Nasihati Ibu untuk kunjungan ulang.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir : <u>2-800 g</u> <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 <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali - Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi ? <p>Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Ada celah bibir/langit-langit <input checked="" type="checkbox"/></p> <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 MENETEKI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menetekinya - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <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 <input checked="" type="checkbox"/> <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. <ul style="list-style-type: none"> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus- badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <input checked="" type="checkbox"/> <p><i>posisi tidak benar - posisi benar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : <ul style="list-style-type: none"> Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan <input checked="" type="checkbox"/> <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>	BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada pemberian ASI	Asuhan dasar bayi muda.
<p>Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Ada celah bibir/langit-langit <input checked="" type="checkbox"/></p> <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 MENETEKI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menetekinya - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <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 <input checked="" type="checkbox"/> <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. <ul style="list-style-type: none"> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus- badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <input checked="" type="checkbox"/> <p><i>posisi tidak benar - posisi benar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : <ul style="list-style-type: none"> Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan <input checked="" type="checkbox"/> <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>	Tidak ada masalah pada pemberian ASI	Support Ibu untuk memberi ASI selama 6 bulan tanpa diberikan apapun.
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 <input checked="" type="checkbox"/> BCG _____		Imunisasi yang diberikan hari ini :
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN	TAA	
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU	TAA	Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : 3-7 hari

NIP/NRPTT : _____

Lampiran 22 Lembar MTBM Kunjungan Ke-2 Bagian Depan

Form MTBM Hal. 1 / 2

Kab. : _____ Puskesmas : _____ No. Register Bayi : _____
 Polindes : _____

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal : 15-04-2020
 Nama bayi : BY. NY. SITI ROCHMAH Nama Orang Tua : SITI ROCHMAH Alamat : Jl. Dunggulan Krakam. Gg. Kebon Sirih.
 Umur : 6 hari Berat badan : 3.000 gram Suhu tubuh : 36.7°C
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? _____ Kunjungan pertama ? _____ Kunjungan ulang ? 1/4

PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG • Ada riwayat kejang • Terdapat tanda/gejala kejang : - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut menucu - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan	(-)	mungkin bukan - Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah. - Lakukan asuhan dengan bayi muda.
MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS • Napas berhenti lebih dari 20 detik. • Hitung napas dalam 1 menit kali/menit. - Ulangi jika ≥ 60 kali/menit. Hitung napas kedua kali/menit. Napas cepat. - Napas lambat (< 30). • Bayi tampak biru. • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. • Pernapasan cuping hidung. • Bayi merintih	(-)	tidak ada gangguan nafas - Lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA HIPOTERMIA • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$, antara $36^{\circ}\text{C} - 36,4^{\circ}\text{C}$. • Seluruh tubuh terasa dingin disertai. - mengantuk/letargis - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (sklerema). • Kaki/tangan terasa dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal.	(-)	mungkin bukan hipotermia. - Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFEKSI BAKTERI • Bayi mengantuk/letargis atau tidak sadar. • Ada kejang disertai salah satu tanda/gejala infeksi lainnya. • Ada gangguan napas. • Males minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah. • Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras (sklerema). • Ubin - ubun cambung • Suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$ atau tubuh terasa panas. • Suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau tubuh terasa dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya.	(-)	mungkin bukan infeksi - Lakukan asuhan dengan bayi muda.
• Pustul kulit: apakah sedikit atau banyak/parah ? • Mata bermanah; apakah sedikit atau banyak ? • Nanah keluar dari telinga. • Pustar kemerahan, apakah meluas sampai ke kulit perut atau bermanah ? • Pustar berbau busuk ?		
MEMERIKSA IKTERUS • Bayi kuning. Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir. • Kuning pada umur 3 - < 14 hari • Kuning ditemukan pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan • Tinja berwarna pucat. • Kuning sampai lutut/siku atau lebih.	tidak ada ikterus.	- Lakukan asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA • Bayi muntah. - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau. • Bayi gelisah rewel dan perut kembung atau tegang. • Teraba distensi abdomen. • Alir. l. air. berbau busuk atau keluar terus menerus. • Bayi belum buang air besar dalam 24 jam terakhir (**). • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer (**). - Tidak terdapat lubang anus. • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare.	mungkin bukan gangguan Saluran Cerna.	- Ajarkan ibu cara merawat bayi di rumah.

***) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.

Lampiran 23 Lembar MTBM Kunjungan Ke-2 Bagian Belakang

Form MTBM Hal. 2/2
 Kab. : _____ Puskesmas : _____ No. Register Bayi: 10111111111111111111
 Polindes : _____

••
 PENILAIAN (lingkariilah semua tanda/gejala yang ditemukan) KLASIFIKASI TINDAKAN/PENGOBATAN

<p>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama _____ hari Kondisi umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. <input type="checkbox"/> Gelisah atau rewel. <input type="checkbox"/> Mata cekung Cubitn kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) <input type="checkbox"/> Lambat <input type="checkbox"/> Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. <input type="checkbox"/> 	<p>Diare tanpa dehidrasi.</p>	<p>Nasihati ibu untuk kunjungan ulang.</p>
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir : <u>2.800 g</u> <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 <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi ? <p>• Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut <input type="checkbox"/></p> <p>• Ada celah bibir/langit-langit <input type="checkbox"/></p> <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 ? <ul style="list-style-type: none"> Jika TIDAK, minta ibu menetek bayi Jika YA, minta ibu untuk menetek dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <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 Lihat apakah posisi bayi benar. <ul style="list-style-type: none"> Seluruh badan bayi tertangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya posisi tidak benar - posisi benar Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : <ul style="list-style-type: none"> Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi isirahat - hanya terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif <p>*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>	<p>Bb tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada pemberian ASI</p> <p>Tidak ada masalah pada pemberian ASI</p>	<p>Asuhan dasar bayi muda.</p> <p>Support ibu untuk memberi ASI selama 6 bulan tanpa diberikan apapun.</p>
<p>MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya _____ Tidak _____</p>	<p>Pemberian Vit K1 hari ini _____</p>	
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>Hepatitis B1 _____ BCG _____</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : _____</p>	
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>	<p>TAA</p>	
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>	<p>TAA</p> <p>Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : <u>8-20</u> hari</p>	

NIP/NRPTT : _____

Lampiran 24 Lembar MTBM Kunjungan Ke-3 Bagian Depan

Form MTBM Hal. 1/2

Kab. : _____ Puskesmas : _____ No. Register Bayi : _____
 Polindes : _____

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal : 23-09-2020
 Nama bayi : BY. NY. SITI ROCHMAH Nama Orang Tua : SITI ROCHMAH Alamat : Jl. Pongangan Krajan. Gg. Kebon
 Umur : 2 minggu Berat badan : 3.100 gram Suhu tubuh : 36,8°C Siti.
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? _____ Kunjungan pertama ? _____ Kunjung ulang ? ya

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

(**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.

Lampiran 25 Lembar MTBM Kunjungan Ke-3 Bagian Belakang

Form MTBM Hal. 2/2		No. Register Bayi: <u>1411101100001</u>	
Kab. :	Puskesmas :	Polindes :	
PENILAIAN (lingkariilah semua tanda/gejala yang ditemukan)		KLASIFIKASI	
TINDAKAN/PENGOBATAN			
APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama <u> </u> hari Kondisi umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. <input type="checkbox"/> Gelisah atau rewel. <input type="checkbox"/> Mata cekung Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) <input type="checkbox"/> Lambat <input type="checkbox"/> Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. <input type="checkbox"/> 		Diare tanpa dehidrasi.	Nasihati ibu untuk kunjungan ulang.
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI <ul style="list-style-type: none"> Berat lahir : <u>2.800 g</u> <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 <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u> </u> kali Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 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 <input type="checkbox"/> Ada celah bibir/langit-langit <input type="checkbox"/> <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 MENETEKI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <ul style="list-style-type: none"> Jika TIDAK, minta ibu menetekinya Jika YA, minta ibu untuk menunggui dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat jika menghalangi bayi menetek Lihat apakah bayi melekat dengan baik. <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 <input checked="" type="checkbox"/> Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik Lihat apakah posisi bayi benar. <ul style="list-style-type: none"> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <input checked="" type="checkbox"/> posisi tidak benar - posisi benar Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : <ul style="list-style-type: none"> Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi isirahat - hanya terdengar suara menelan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif <p>*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>		BB tidak rendah sesuai umur dan tidak ada masalah pada pemberian ASI	Asuhan dasar bayi muda.
MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Pemberian Vit K1 hari ini	
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/>		Imunisasi yang diberikan hari ini :	
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN		TAA	
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		TAA	
		Perhatikan ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : <u> </u> hari	
		NIP/NRPTT :	

Lampiran 26 Lembar Penapisan KB

Penapisan KB Metode Non-operatif

Metode Hormonal (Pil Kombinasi, Pil Progestin, Suntikan dan Susuk)	Ya	Tidak
1. Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		√
2. Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		√
3. Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak Antara haid setelah sanggama		√
4. Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		√
5. Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		√
6. Apakah anda nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		√
7. Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		√
8. Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		√
9. Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		√
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin).		√
10. Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		√
11. Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		√
12. Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		√
13. Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		√
14. Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4jam)		√
15. Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		√
16. Apakah pernah mengalami dismenore berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		√
17. Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah sanggama		√
18. Apakah pernah mengalami gejala penyait jantung valvular atau congenital		√

Lampiran 27 Lembar Kunjungan Pasien



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

LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : Lailatul Maghfiro
NIM : 1711007
Nama Pembimbing : Siti Hamidah, S.ST, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Pokok Pembahasan	TTD Pembimbing
1	Kamis, 12 Maret 2020	Pemeriksaan ANC 1 Trimester III	
2	Kamis, 26 Maret 2020	Pemeriksaan ANC 2 Trimester III	
3	Kamis, 09 April 2020	Asuhan Persalinan (INC)	
4	Kamis, 09 April 2020	Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	
5	Jumat, 10 April 2020	1. Asuhan Neonatus Ke-1 2. Asuhan Masa Nifas Ke-1	
6	Rabu, 15 April 2020	1. Asuhan Neonatus Ke-2 2. Asuhan Masa Nifas Ke-2	
7	Kamis, 23 April 2020	1. Asuhan Neonatus Ke-3 2. Asuhan Masa Nifas Ke-3	
8	Kamis, 21 Mei 2020	Asuhan Masa Nifas Ke-4	
9	Rabu, 10 Juni 2020	Aduhan Keluarga Berencana	

Lampiran 28 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal


**Lembar Konsultasi Bimbingan
 Proposal Laporan Tugas Akhir**

Nama : Lailatul Maghfiro
 NIM : 1711.007
 Pembimbing : Siti Hamidah, S.ST., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1	Senin,	- judul = Djaba.	
	24-3-20	- sum pernyataan = bevali	
		- Daftar Riwayat Hidup.	
		- motto = bevali.	
		- Hal 1 = bevali	
		- Hal 2 = --	
		- Hal 3 = bevali	
		- Hal 4 = bevali.	
	Jumat	- Hal 5 = bevali	
2	27-3-20	- Hal 6 = --	
		- motto + Persembahan: bevali	
		- margin.	
		- Podwahan → Gvas Diagnosis,	
		- Dampak = hrs sesuai dg kasis + hrs sesuai teori (ada teori)	
		- upaya 2' PMB → bevali	



**Lembar Konsultasi Bimbingan
Proposal Laporan Tugas Akhir**

Nama : Lailatul Maghfiro
NIM : 1711.007
Pembimbing : Siti Hamidah, S.ST, M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
3	Rabu	- Pembahasan tgl pd. 5. Pernyataan	
	1-4-20	- Riwayat Pendidikan = Benahi.	
		- motto + Persembahan = -s-	
		- margin pd = hal 6 & 7.	
		- lanjut Teori =	
		Referensi = < 5 th.	
4.	Kamis	- surat pernyataan V	
	23-4-20.	- Motto + persembahan = benahi.	
		- kata pengantar → benahi.	
		- Daftar isi benahi.	
		- penulisan AKI & AKB	
		- Referensi	
		- margin → Benahi.	
5	6-5-20	- surat Pernyataan : <u>Blm ada tgl</u>	
		- laporan tugas akhir ; pada motto dan persembahan <u>blm diganti</u>	
		- lihat <u>corctam</u> yg lain	
		- kata pengantar isi tgl	
		- penulisan di <u>Daftar isi</u>	
		- Penulisan DA : <u>lihat di paragraf</u> kalau kesini bawa sendiri	
		- lihat <u>corctam satu</u>	

Lampiran 29 Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir


**Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir**

Nama : Lailatul Maghfiro
 NIM : 1711.007
 Pembimbing : Siti Hamidah, S.ST, M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Paraf Pembimbing
1	Rabu 01-07-2020	1. keluhan utama 2. Riwayat menstruasi. 3. Riwayat kehamilan. 4. Riwayat kontrasepsi. 5. Pelaksanaan TM. 1 6. pola pengetahuan. pak TM. 1 7. Pelaksanaan TM. 2. 8 - keluhan utama TM. 3. 9. pola pengetahuan pak TM. 2 10. pemeriksaan fisik. 11. Pelaksanaan TM. 3 12. pelaksanaan TM. 3 kunjungan ke-2.	
2.	RABU 15-07-2020	1. Riwayat kehamilan ini (HPHT) 2. Diagnosa (UK). 3. pemeriksaan penunjang. 4. Mobilisasi pel asuhan persalinan. 5. ASI eksklusif 6. palpasi abdomen (TFU) 7. Pelaksanaan, K.H (pembukaan) 8. Catatan perkembangan persalinan (Jam). 9. Pelaksanaan. 10. kala III (Jam pada tindakan). 11. Catatan perkembangan. (K.H. & O).	
3.	SENIN 20-07-20	1. Penulisan Data Objektif benahi. 2. Penulisan Jam pada pelaksanaan benahi. 3. Jam pada tabel benahi. (sesuaikan). 4. Tambahkan catatan perkembangan neo. 5. penulisan riwayat persalinan. (benahi). 6. penulisan Jam pelaksanaan (benahi) 7. Tambahkan catatan perkembangan nifas	

Lampiran 30 Berita Acara Perbaikan Proposal



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

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Lailatul Maghfiro
 NIM : 1711.007
 Nama Ketua Penguji : Rizka Esty Safriana, S.ST., M.Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai
 Dengan Keluarga Berencana Di PMB Siti Hamidah, S.ST,
 M.Kes Jalan K.H. Abd. Karim Gresik
 Tanggal Ujian : 09 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	09 Juni 2020	Bab 1	2	Pembenaran angka pada ibu masa nifas di jatim	Sudah Revisi

Gresik, 12 Juni 2020
Ketua Penguji

Rizka Esty Safriana, S.ST., M.Kes



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

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL LTA

Nama : Lailatul Maghfiro
 NIM : 1711.007
 Nama Ketua Penguji : Sulastri, S.ST., M.Kes.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "S" Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di PMB Siti Hamidah, S.ST, M.Kes Jalan K.H. Abd. Karim Gresik
 Tanggal Ujian : 09 Juni 2020

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	09 Juni 2020	a. Cover	i	- Ukuran Logo - Penulisan nama	Sudah Revisi
		b. Lembar persetujuan	ii	- Penulisan nama	Sudah Revisi
		c. Surat pernyataan	iv	- Tidak pakai saat proposal, digunakan saat LTA dan pakai materai	Sudah Revisi
		d. Daftar riwayat hidup	v	- Tidak pakai, digunakan saat LTA	Sudah Revisi
		e. Motto dan persembahan	vi	- Tidak pakai, digunakan saat LTA	Sudah Revisi
		f. Kata pengantar	vii	- Nama ketua penguji belum tercantum	Sudah Revisi
		g. BAB I	4	- Penambahan lokasi RTK di Gresik	Sudah Revisi
		h. BAB II	18	- Penambahan teori keluhan ringan dan penanganan ibu hamil	Sudah Revisi
			21	- Diurutkan sub judul Standart kehamilan, P4K, lalu ANC Terpadu	Sudah Revisi
			26	- Standart pelayanan Kehamilan diubah 14T	Sudah Revisi



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

			59	- Diurutkan sub judul, kebutuhan masa nifas, lalu tanda bahaya masa nifas	Sudah Revisi
			65	- Diurutkan sub judul, masa transisi BBL lalu tanda bahaya BBL	Sudah Revisi
			72	- Diurutkan sub judul, kebutuhan dasar neonatus lalu tanda bahaya neonatus	Sudah Revisi
			95	- Diurutkan sub judul, penapisan, konseling lalu efek samping	Sudah Revisi
		i. Daftar Pustaka	104	- Jarak Spasi antar tulisan	Sudah Revisi

Gresik, 17 Juni 2020
Penguji 1

Sulastri, S.ST., M.Kes

Lampiran 31 Berita Acara Perbaikan Laporan Tugas Akhir

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : LAILATUL MAGHIRO
 NIM : 1711007
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "S" Masa Hamil sampai dengan
 Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Siti Hamidah, SST., M.Kes. Jl.
 KH Abdul Karim No. 12 Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	Surat pernyataan	
2.	Ukuran TFU hal 113	
3.	Perhitungan TBJ	
4.	Tambahkan motivasi untuk ibu menambah BB	
5.	Penambahan laserasi pada kala III	
6.	Kunjungan nifas ke-4, evaluasi perdarahan	
7.	Penambahan opini dalam TM.1 pada pembahasan	
8.	Jarak dan paragraf rata kanan kiri pada daftar pustaka	

Gresik, 28 Juli 2020
 Ketua Penguji,



Rizka Esty Safriana, SST., M.Kes

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : LAILATUL MAGHFIRO
 NIM : 1711007
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "S" Masa Hamil sampai dengan
 Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Siti Hamidah, SST., M.Kes. Jl.
 KH Abdul Karim No. 12 Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
1.	Ringkasan	
2.	Pelaksanaan TM. 1	
3.	Penulisan obat tidak boleh menggunakan merk dagang	
4.	Penambahan pemeriksaan penunjang HIV/AIDS pada TM. 2 dan 3	
5.	Pembenaran KSPR dan dijelaskan	
6.	Melakukan observasi tiap ½ jam	
7.	Penulisan A-S tidak boleh dipisah pada kala II	
8.	Penulisan riwayat persalinan dibalik	
9.	Mengganti kata pemberian terapi dengan pemberian obat	
10.	Penambahan vaksinasi terbaru IPV	
11.	Menambahkan tindakan penapisan KB	

Gresik, 28 Juli 2020
 Penguji I



Sulastri, SST., M.Kes

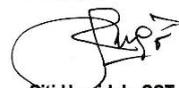
LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG LTA

Nama Mahasiswa : LAILATUL MAGHIRO
NIM : 1711007
Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny. "S" Masa Hamil sampai dengan Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Siti Hamidah, SST., M.Kes. Jl. KH Abdul Karim No. 12 Gresik

Hal-hal yang perlu direvisi :

No	Revisi	Paraf Penguji
	Tidak ada revisi	

Gresik, 28 Juli 2020
Penguji II,



Siti Hamidah, SST., M.Kes