


**LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Proposal Laporan Tugas Akhir

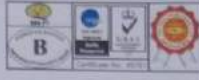
**JADWAL KEGIATAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR  
ASUHAN KEBIDANAN  
PADA NY. "D" MASA HAMIL SAMPAI PELAYANAN KELUARGA BERENCANA  
DI PMB NI MADE WARTI AGUNG, SST  
JL. SUNAN GIRI 1/6 KEBOMAS GRESIK**

NO	Kegiatan	Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pelaksanaan Asuhan		■	■	■	■	■	■	■												
2.	Penyusunan Proposal		■	■	■	■	■	■	■												
3.	Bimbingan		■	■	■	■	■	■	■												
4.	Ujian Proposal									■											
5.	Penyusunan LTA										■	■	■	■	■	■	■				
6.	Persiapan Ujian LTA																	■	■		
7.	Ujian LTA																		■	■	

## Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Lahan Praktik



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



Nomor : 014/ II.3.UMG/PBdn/F/2021  
 Lamp. : -  
 Hal : *Permohonan Ijin Pengambilan Kasus*

Kepada Yth.  
**Ibu Made Warthi, SST.**  
 Di Tempat

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

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

No	NIM	Nama
1	1812005	Dwi Wulandari
2	1812006	Hilda Indriani
3	1812008	Mahcica Afshokhun Nabila

Bentuk LTA yang diwajibkan adalah melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) mulai dari kehamilan sampai dengan pelayanan keluarga berencana.

Agar penyusunan LTA lancar dan benar-benar memberikan pengalaman bagi mahasiswa, maka dengan ini kami mohon kepada Ibu untuk membimbing dan memfasilitasi mahasiswa kami dalam mencari klien yang akan digunakan untuk LTA.

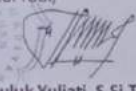
Frekuensi pemberian asuhan dilakukan sebanyak 12 kali dengan rincian sebagai berikut:

- a. Saat ibu hamil Trimester III 2 kali
- b. Saat Bersalin 1 kali
- c. Saat nifas 4 kali
- d. Neonatus 3 kali
- e. KB 1 kali

Mohon kerjasama dan bimbingannya agar mahasiswa memiliki kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan dunia kerja.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya kami mengucapkan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Gresik, 04 Maret 2021  
 KaProdi,  
  
 Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH.  
 NIP. 11511907265

**AKREDITASI BAN-PT**  
 0071/LAM-PTKes/Akri/Dip/IX/2015

**SHOT ON OPPO**

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

## Lampiran 3 Surat Balasan Permohonan Izin Lahan Praktik

	<b>PRAKTEK MANDIRI BIDAN (PMB)</b> <b>NI MADE WARTI AGUNG, SST</b> <b>SURAT IJIN PRAKTEK BIDAN (SIPB)</b> No.446/6957/437.52/2017 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas-Gresik. Telp. (031) 3984889 Gresik	
		Bidan Delima PELAYANAN BERKUALITAS
Gresik, 04 Maret 2021		
Nomor	: -	
Sifat	: Penting	
Lampiran	: -	
Perihal	: Perizinan Lahan Praktik	
Kepada Yth. Ka. Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik Ditempat		
Dengan hormat,  Membalas surat saudara perihal permohonan lahan praktik untuk Laporan Tugas Akhir oleh mahasiswa DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik. Maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini:		
Nama	: Hilda Indriani	
NIM	: 1812006	
Judul LTA	: Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana Di PMB Ni Made Warti Agung, SST. Kebomas Gresik.	
Telah melakukan praktik diwilayah kerja kami di PMB Ni Made Warti Agung, SST. Kebomas Gresik.		
 Praktek Mandiri Bidan Ni Made Warti Agung, SST.		

## Lampiran 4 Permohonan Menjadi Responden

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hilda Indriani

NIM : 1812006

Merupakan mahasiswi dari Program Studi 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 sebagai bentuk dokumentasi asuhan yang telah dilaksanakan.

Tujuan kegiatan ini adalah sebagai aplikasi keterampilan kebidanan yang telah saya dapatkan selama 5 (lima) semester pembelajaran teori dan praktik. Oleh karena itu, **saya memohon ketersediaan 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 kerahasiaanya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

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

Gresik, 08 Maret 2021

Mahasiswa



## Lampiran 5 Persetujuan Sebagai Responden

**PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Ny. "Diana"  
Umur : 27 tahun  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung, Kecamatan Kebomas,  
Kabupaten 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 Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik.

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

Gresik, 08 Maret 2021

Responden



(Ny. Diana)





Lampiran 7 Skrining KSPR

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

Nama : **Diana** Umur Ibu : **27** Th.  
 Hamil ke **2** Haid terakhir tgl : **13-06-2020** Perkiraan persalinan tgl: **20-02-2021**  
 Pendidikan ibu : **SMA** Suami : **Pur.no.mo**  
 Pekerjaan ibu : **wirausaha** Suami :

KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	III <sub>a</sub>
		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 1 ≥ 35 Th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (<2 Th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi ( ≥ 10 Th )	4				
	5	Terlalu Banyak anak, 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah Melahirkan dengan					
	a. Tarikan tang/vakum	4					
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infusi/transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Caesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan Tekanan darah tinggi	4	4	4	4	4
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hidramionori)	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-ektamsia Berat/Kejang-kejang	8				
JUMLAH SKOR				6	6	6	6

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


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

92




## Lampiran 8 Lembar Pemeriksaan Laboratorium Trimester II


**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS KEBOMAS**  
 Jl. Sunan Giri No. 31 Kebomas - Gresik Telp. 031 3985880

**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**



Nama : Siti Diana L/P Tanggal : 13 - 6 - 2020  
 Umur : 27 Dari Poli :  
 Alamat : sefar purmy Reg : KIA

PEMERIKSAAN	HASIL PENDERITA	HARGA NORMAL
Haemoglobin	12,7	L : 13,0 - 18,0 P : 12,0 - 16,5 g/dl
Lekosit	9800	4.000 - 10.000 / ul
Hematokrit	33,8	40 - 50%
Trombosit	223.000	150.000 - 450.000 / ul
Eritrosit	3,96	4,5 juta - 5,5 juta / ul
Hitung Jenis Lekosit	- 1017 79 / 10 / 5	
Laju Endap Darah		0-20 mm / jam
<b>WIDAL SLIDE</b>		
• Salmonella Thyposa o		Negatif
• Salmonella Thyposa H		Negatif
• Salmonella Para Thypi A		Negatif
• Salmonella Para Thypi B		Negatif
Golongan Darah	0	
Glukosa Puasa		<100 mg / dl
Glukosa 2 JPP		<140 mg / dl
Gula Darah Acak	105	<140 mg / dl
Cholesterol		<200 mg / dl
HDL		40 - 60 mg / dl
LDL		<150 mg / dl
Trigliserida		<150 mg / dl
Urea		15 - 45 mg / dl
Creatinin		L : <1,3 P : <1,1 mg / dl
Asam Urat		L : <7,0 P : <5,7 mg / dl
SGOT		L : <38 P : <32 U / L
SGPT		L : <41 P : <31 U / L
HbsAg	⊖ / Negatif	Negatif
Tes Kehamilan		
<b>URINE LENGKAP</b>		
* Albumin	Negatif	Negatif
* Reduksi	Negatif	Negatif
* Sedimen		
- Eritrosit		
- Lekosit		
- Epitel		
- Kristal		
- Lain - lain		
BTA - Sewaktu		
- Pagi		
- Sewaktu		



r. Sphingis : ⊖ / Negatif, Hiv = ⊖ / Negatif  
 Gresik, 13 - 6 - 2020  
 11cc sakt


## Lampiran 9 Lembar Pemeriksaan Laboratorium Trimester III


**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS KEBOMAS**  
 Jl. Sunan Giri No. 31 Kebomas - Gresik Telp. 031 3985880
 

**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Nama : M. Diana L/P Tanggal : 5-3-2021  
 Umur : 27 th Dari Poli : 121A  
 Alamat : Sukabungah Reg :

PEMERIKSAAN	HASIL PENDERITA	HARGA NORMAL
Haemoglobin	<u>12,6</u>	L : 13,0 - 18,0 P : 12,0 - 16,5 g/dl
Lekosit	<u>7800</u>	4.000 - 10.000 / ul
Hematokrit	<u>39,6</u>	40 - 50%
Trombosit	<u>59.000</u>	150.000 - 450.000 / ul
Eritrosit	<u>3,99</u>	4,5 juta - 5,5 juta / ul
Hitung Jenis Lekosit	<u>- 1-1779/18/8</u>	
Laju Endap Darah		0-20 mm / jam
<b>WIDAL SLIDE</b>		
• Salmonella Thyposa o		Negatif
• Salmonella Thyposa H		Negatif
• Salmonella Para Thypi A		Negatif
• Salmonella Para Thypi B		Negatif
Golongan Darah		
Glukosa Puasa		<100 mg / dl
Glukosa 2 JPP		<140 mg / dl
Gula Darah Acak		<140 mg / dl
Cholesterol		< 200 mg / dl
HDL		40 - 60 mg / dl
LDL		<150 mg / dl
Trigliserida		<150 mg / dl
Urea		15 - 45 mg / dl
Creatinin		L : <1,3 P : <1,1 mg / dl
Asam Urat		L : <7,0 P : <5,7 mg / dl
SGOT		L : <38 P : <32 U / L
SGPT		L : <41 P : <31 U / L
HbsAg		Negatif
Tes Kehamilan		
<b>URINE LENGKAP</b>		
* Albumin	<u>Negatif</u>	Negatif
* Reduksi	<u>Negatif</u>	Negatif
* Sedimen		
- Eritrosit		
- Lekosit		
- Epitel		
- Kristal		
- Lain - lain		
BTA - Sewaktu		
- Pagi		
- Sewaktu		

  
 Gresik 5-3-2021  
121A

## Lampiran 10 Lembar Pemeriksaan Rapid Test



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS KEBOMAS**

Jln. Sunan Giri No. 31 No. Telp. (031) 3985880  
 Email : puskesmaskebomas31@gmail.com  
 GRESIK 61121



---

**HASIL PEMERIKSAAN RAPID DIAGNOSTIC TEST (RDT)**  
**NO : 445 / 0148 / 437.52.04/2021**

NAMA : DIANA  
 TANGGAL LAHIR : GRESIK/30-09-1993  
 NIK : 3525047003930002  
 ALAMAT : JL. MAYJEN SUNGKONO SEKARKURUNG  
 NO. TELEPON : 081336759910  
 TANGGAL / JAM : 05-03-2021 / 09.00 WIB  
 PEMERIKSAAN

NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
Rapid Tes Antibodi Anti SARS-CoV-2	IgG = NON REAKTIF IgM = NON REAKTIF	Non Reaktif

Catatan :

Hasil Non Reaktif tidak menyingkirkan kemungkinan kemungkinan SARS-CoV-2

Hasil Non Reaktif dapat terjadi pada kondisi :

- Seseorang belum terinfeksi
- Immunocompromised
- Window Periode
- Kadar antibodi dibawah deteksi alat

Hasil reaktif tidak memastikan infeksi aktif (dapat merupakan infeksi lampau atau cross reaction dengan virus lain). Pemeriksaan harus dikonfirmasi dengan metode PCR.



Mengetahui  
Dokter Puskesmas Kebomas



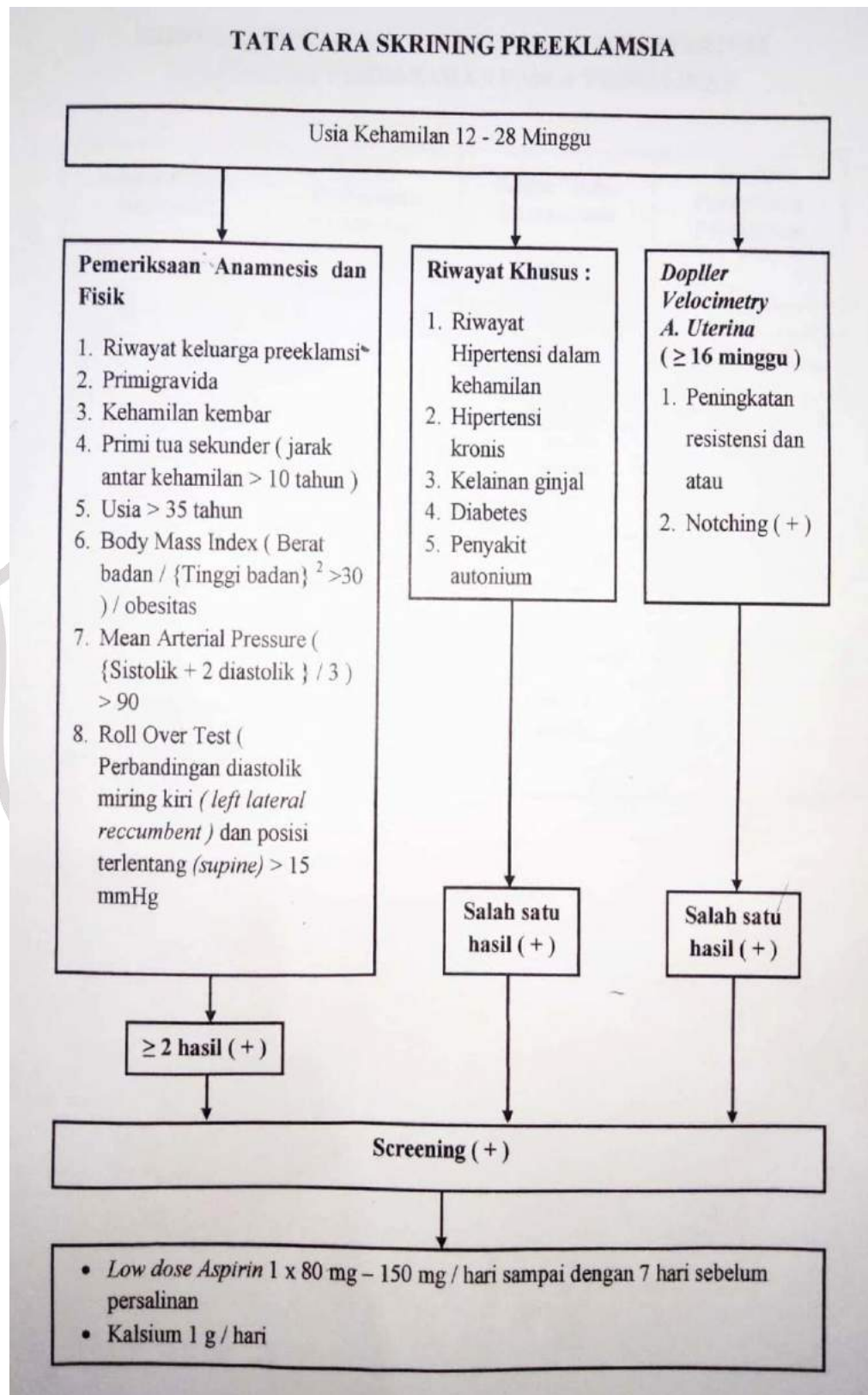
dr. NUR CHOLIFAH  
NIP. 19780808 200801 2 023

Dikerjakan Oleh  
Petugas Laboratorium



MARIYAM  
NIP. 19770124 201101 2 004

## Lampiran 11 Skrining PE



## Lampiran 12 Lembar Penapisan

**PENAPISAN IBU BERSALIN**  
**DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT**

No	Keterangan	Ya	Tidak
1.	Riwayat bedah sesar		✓
2.	Perdarahan pervaginam		✓
3.	Persalinan kurang bulan (< 37 minggu)		✓
4.	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental		✓
5.	Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)		✓
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<27 minggu)		✓
7.	Ikterus		✓
8.	Anemia berat		✓
9.	Tanda/gejala infeksi		✓
10.	Preeklampsia/hipertensi dalam kehamilan		✓
11.	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		✓
12.	Gawat janin		✓
13.	Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5		✓
14.	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15.	Presentasi ganda		✓
16.	Kehamilan gemelli		✓
17.	Tali pusat menubung		✓
18.	Syok		✓

## Lampiran 13 Lembar Observasi

**LAPORAN PERSALINAN / OBSERVASI INPARTU**

**MASUK KAMAR BERSALIN** Tgl. : 16-03-2021  
Jam: 10.30 WIB

**ANAMNESE**  
His mulai tanggal : 16-03-2021  
Jam : 05.00 WIB  
Darah : ⊕  
Lendir : ⊕  
Ketuban pecah (belum) jam :  
Keluhan lain :

**KEADAAN UMUM**  
Tensi : 110/70 mmHg His = 2x10'25"  
Oedeman : -  
Nadi : 81x/menit  
Lain-lain : RR=20x/menit, S=36,5°C  
Palpasi : 3 Jari bawah P×(3.5cm) let kep. W P×W  
D.J.J : 153 x/menit

VT.tgl. : 16/03 Jam: 10.30 WIB Hasil : Vulva bersih, Portio lunak,  $\phi$  1cm, eff 20%,  
Ketuban ⊕, Presentasi belakang kepala, uk kiri depan,  
Hodge I, Molage 0, tidak teraba bagian kecil  
Janin disamping Kepala

**OBSERVASI**

TGL	JAM	HIS	D.J.J	TENSI	NA DI	SU HU	TOUCHER	KETERANGAN
16/03	10.30	2x10'25"	153 x/m	110/70	81	36 <sup>5</sup>	$\phi$ 1cm, eff 20% Ketuban ⊕ let kep. W, uk kiri depan, Hodge I, Molage 0, tidak teraba bagian kecil Janin	
	11.00	2x10'25"	150 x/m		80			
	11.30	3x10'30"	148 x/m		82			
	12.00	3x10'30"	145 x/m		80			
	12.30	3x10'30"	145 x/m		83			
	13.00	3x10'35"	143 x/m		85			
	13.30	3x10'35"	144 x/m		85			
	14.00	3x10'35"	142 x/m		83			
	14.30	3x10'35"	140 x/m	120/70	82	36 <sup>7</sup>	$\phi$ 6cm, eff 60%, Ketuban ⊕ let kep. W uk kiri depan, Hodge II, Molage 0, tidak teraba bagian kecil Janin	



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 16-03-2021
2. Nama bidan : Ni Made Warti Agung SST
3. Tempat persalinan :  
 Rumah Ibu                      Puskesmas  
 Polindes                          Rumah Sakit  
 Klinik Swasta                      Lainnya : PMB
4. Alamat tempat persalinan : Jl. Sohan Giri 1/6
5. Catatan : rujuk, kala : Kebomas, Gresik
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :  
 bidan teman                      teman  
 suami                                  dukun  
 keluarga                              tidak ada

**KALA I**

9. Partograf melewati garis waspada : Y
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah tsb : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

13. Episiotomi  
 Ya, indikasi .....  
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan  
 suami                      dukun  
 keluarga                      tidak ada  
 teman
15. Gawat janin  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
16. Distos a bahu  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : .....
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

**KALA III**

20. Lama kala III ..... 8 ..... menit.
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?  
 Ya, Waktu : ..... Menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan : .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan : .....
23. Penegangan tali pusar terkendali ?  
 Ya  
 Tidak, alasan : .....

**PEMANTALIAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temperatur	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdarahan
I	16.40	110/70	80	36 <sup>5</sup>	2 jari di bawah Pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
	16.55	110/80	84		2 jari di bawah Pusat	Keras	Kosong	-
	17.10	110/70	83		2 jari di bawah Pusat	Keras	Kosong	-
II	17.25	100/70	82		2 jari di bawah Pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
	17.55	110/70	83	36 <sup>5</sup>	2 jari di bawah Pusat	Keras	Kosong	-
	18.25	110/70	85		2 jari di bawah Pusat	Keras	Kosong	± 10 cc

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : .....

Bagaimana Hasilnya : .....

24. Masase fundus uteri ?  
 Ya  
 Tidak, alasan : .....
  25. Plasenta lahir lengkap (intact)  Ya / Tidak  
 Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....
  26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya  Tidak  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
  27. Laserasi :  
 Ya dimana Mukosa vagina, Koniosta Posterior, Kuti Perineum, Otot Perineum  
 Tidak
  28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 2 / 3 / 4  
 Tindakan :  
 Penjahitan dengan / tanpa anestesi  
 Tidak dijahit, alasan : .....
  29. Atonia uteri :  
 Ya, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
  30. Jumlah perdarahan : 150 ..... ml
  31. Masalah lain, sebutkan : .....
  32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
  33. Hasilnya : .....
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan ..... 3400 ..... gram
  35. Panjang ..... 53 ..... cm.
  36. Jenis kelamin P
  37. Penilaian bayi baru lahir baik ada penyulit
  38. Bayi lahir :  
 Normal, tindakan  
 mengeringkan  
 menghangatkan  
 rangsangan taktil  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 tindakan pencegahan infeksi mata  
 Aspiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan  
 mengeringkan                      menghangatkan  
 rangsangan taktil                      lain-lain, sebutkan : .....
  - bebaskan jalan napas  
 bungkus bayi dan  
 tempatkan di sisi ibu  
 Cacat bawaan, sebutkan : .....
  - Hipotermia, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
  39. Pemberian ASI  
 Ya, Waktu : segera jam setelah bayi lahir  
 Tidak, alasan : .....
  40. Masalah lain, sebutkan : .....



## Lampiran 15 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir

**CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR**

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

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 16-03-21	Tgl: 21-03-21	Tgl: 30-03-21
Berat badan (gram)	3400 gram	3850 gram	4300 gram
Panjang badan (cm)	53 cm	54 cm	55 cm
Suhu (°C)	36,6°C	36,7°C	36,6°C
Frekuensi nafas (x/menit)	52 x/menit	50 x/menit	48 x/menit
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	132 x/menit	123 x/menit	120 x/menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	Ya	Ya	Ya
Memeriksa ikterus	Ya	Ya	Ya
Memeriksa diare	Ya	Ya	Ya
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	Ya	Ya	Ya
Memeriksa status Vit K1	Sudah	Ya	Ya
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	Ya	Ya	Ya
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	Hilda	Hilda	Hilda

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



37

## Lampiran 16 Catatan Kesehatan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS				
CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS (Diisi oleh dokter/bidan)				
JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)	Kunjungan 4
	Tgl: 16-03-21	Tgl: 23-03-21	Tgl: 30/03/21	27-04-21
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	110/70, 36 <sup>o</sup> , 20, 84	110/70, 36 <sup>o</sup> , 20, 82	110/70, 36 <sup>o</sup> , 20, 80	110/70, 36 <sup>o</sup> , 20, 82
Perdarahan pervaginam	± 50cc	± 10cc	-	-
Kondisi perineum	Basah	Basah	Kering	Kering
Tanda infeksi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Kontraksi uteri	Keras	Keras	Keras	Keras
Tinggi Fundus Uteri	2 jcm dibawah Pst	3 jcm diatas simfisis	Tidak teraba	Tidak teraba
Lokia	Rubra	Sangabenta	Alba	Alba
Pemeriksaan jalan lahir	Normal	Normal	Normal	Normal
Pemeriksaan payudara	Normal	Normal	Normal	Normal
Produksi ASI	⊕/⊕	⊕/⊕	⊕/⊕	⊕/⊕
Pemberian Kapsul Vit.A	Ya	-	-	-
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-	-	-	-
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-	-
Buang Air Besar (BAB)	-	Ya	Ya	Ya
Buang Air Kecil (BAK)	Ya	Ya	Ya	Ya
<b>Memberi nasehat yaitu:</b>				
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	Ya	Ya	Ya	Ya
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	Ya	Ya	Ya	Ya
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	Ya	Ya	Ya	Ya
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	Ya	Ya	Ya	Ya
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	Ya	Ya	Ya	Ya
Perawatan bayi yang benar	Ya	Ya	Ya	Ya
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	Ya	Ya	Ya	Ya
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	Ya	Ya	Ya	Ya
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	Ya	Ya	Ya	Ya

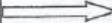

## Lampiran 17 MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda)

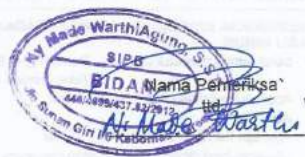
FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal kunjungan : <u>16-03-2021</u> Alamat : <u>Jl. Majjen Sungkono, Sekarkurung</u> Nama Bayi : <u>B. Y. N. Y. "D"</u> L/P      Nama Ibu : <u>N. Y. "D"</u> Tanggal Lahir/Umur : <u>16-03-21 / 6 jam</u> BB : <u>3400</u> gram,      PB : <u>53</u> cm      Suhu: <u>36.6</u> °C Bayi sakit apa ? _____ Kunjungan pertama <u>ya</u> Kunjungan ulang _____ KN <u>1</u> /2/3		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua.</li> <li>Ada riwayat kejang</li> <li>Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali</li> <li>Hitung napas dalam 1 menit _____ kali / menit. Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali / menit.</li> <li>Hitung napas kedua _____ kali / menit. Apakah : Napas cepat (<math>\geq 60</math> x/menit), atau Napas lambat (<math>&lt; 40</math> x/menit)</li> <li>Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.</li> <li>Suhu tubuh <math>\geq 37,5</math> °C</li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36,5</math> °C</li> <li>Mata bermanah : banyak _____ Sedikit _____</li> <li>Pusar kemerahan</li> <li>Pusar kemerahan meluas ke dinding perut <math>&gt; 1</math> cm</li> <li>Pusar bermanah</li> <li>Ada pustul di kulit</li> </ul>	Mungkin Bukan Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alari ibu cara merawat bayi dirumah</li> <li>Lakukan asuhan dasar bayi muda</li> </ul>
<b>MEMERIKSA IKTERUS (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam)</li> <li>Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari</li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> </ul>	Tidak ada Ikterus	Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>APAKAH BAYI DIARE ?</b> Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi sudah diare selama _____ hari</li> <li>Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali ( Letargis ) - Gelisah atau rewel</li> <li>Mata cekung</li> <li>Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik ) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) - Segera</li> </ul>	Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lakukan asuhan dasar bayi muda</li> <li>Nasihati Ibu kapanonjuk kemba li</li> </ul>
<b>MEMERIKSA STATUS HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____</li> <li>Jika "ya", apakah hasilnya : Positif _____ Negatif <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah _____ Belum _____</li> <li>Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya _____ Tidak _____</li> <li>Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV ? Ya _____ Tidak _____</li> <li>Jika "ya", apakah hasilnya : Positif _____ Negatif _____</li> <li>Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV ? Sudah _____ Belum _____</li> <li>Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya _____ Tidak _____</li> <li>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu.</li> <li>Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.</li> </ul>	Mungkin bukan Infeksi HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tangani infeksi lainnya jika ada</li> </ul>
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MSALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>berat badan menurut umur : - Rendah <math>\leq -2</math> SD _____ - Tidak rendah <math>&gt; -2</math> SD _____</li> <li>Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____</li> <li>Jika "Ya", - Berapa kali dalam 24 jam ? <u>sering</u> kali</li> <li>Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Jika "Ya", apa yang diberikan ? _____ berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali alat apa yang digunakan : botol atau cangkir ?</li> <li>Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI,</li> <li>Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersangah dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu.</li> <li>Posisi Benar &gt; Posisi Salah</li> <li>Lihat apakah perlekatan baik : Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar - Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik <u>Melekat dengan baik</u></li> </ul>	Berat badan tidak rendah dan tidak ada masalah pemberian ASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lakukan asuhan dasar bayi muda</li> </ul>

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan)</b> • Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, taratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif • Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut • Terdapat celah bibir / langit-langit		
<b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</b> Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vit K 1 diberikan hari ini 16-03-2021
<b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (Lingkari Imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <u>16/03</u> <sup>21</sup> BCG _____ Polio - 1 _____		Imunisasi yang diberikan hari ini : HB-0 16-03-2021
<b>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</b> taa		
		Naahat kapan kembali segera Kunjungan Ulang : <u>21/03</u> <sup>21</sup> hari
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b> taa		


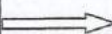


FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal kunjungan : <u>21-03-2021</u> Alamat : <u>Jl Mayjen Sungkono, Sekarkurung</u> Nama Bayi : <u>By. "A"</u> <u>LP</u> Nama Ibu : <u>MH "D"</u> Tanggal Lahir/Umur : <u>16-03-2021/5hr</u> BB : <u>3350</u> gram,      PB : <u>54</u> cm      Suhu: <u>36.7</u> °C Bayi sakit apa ? <u>-</u> Kunjungan pertama <u>-</u> Kunjungan ulang <u>24</u> KN : <u>1/2/3</u>		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua.</li> <li>Ada riwayat kejang</li> <li>Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali</li> <li>Hitung napas dalam 1 menit <u>  </u> kali / menit. Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali / menit.</li> <li>Hitung napas kedua <u>  </u> kali / menit. Apakah : Napas cepat (<math>\geq 60</math> x/menit), atau Napas lambat (<math>&lt; 40</math> x/menit)</li> <li>Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.</li> <li>Suhu tubuh <math>\geq 37,5</math> °C</li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36,5</math> °C</li> <li>Mata bermanah : banyak <u>  </u> Sedikit <u>  </u></li> <li>Pusar kemerahan</li> <li>Pusar kemerahan meluas ke dinding perut <math>&gt; 1</math> cm</li> <li>Pusar barnanah</li> <li>Ada pustul di kulit</li> </ul>	Mungkin bukan infeksi	• Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>MEMERIKSA IKTERUS (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam)</li> <li>Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari</li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> </ul>	Tidak ada ikterus	Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>APAKAH BAYI DIARE ?</b> Ya <u>  </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi sudah diare selama <u>  </u> hari</li> <li>Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali ( Latargis ) - Gelisah atau rewel</li> <li>Mata cekung</li> <li>Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik ) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) - Segera</li> </ul>	Diare tanpa dehidrasi	Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>MEMERIKSA STATUS HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u>  </u></li> <li>Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <u>  </u> Negatif <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah <u>  </u> Belum <u>  </u></li> <li>Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya <u>  </u> Tidak <u>  </u></li> <li>Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV ? Ya <u>  </u> Tidak <u>  </u></li> <li>Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <u>  </u> Negatif <u>  </u></li> <li>Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV ? Sudah <u>  </u> Belum <u>  </u></li> <li>Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya <u>  </u> Tidak <u>  </u></li> <li>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu.</li> <li>Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.</li> </ul>	Mungkin bukan infeksi HIV	Tangani infeksi lainnya jika ada
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MSALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>berat badan menurut umur : - Rendah <math>\leq -2</math> SD <u>  </u> - Tidak rendah <math>&gt; -2</math> SD <u>  </u></li> <li>Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u>  </u></li> <li>Jika "Ya", - Berapa kali dalam 24 jam ? <u>  </u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya <u>  </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan ? <u>  </u> berapa kali dalam 24 jam ? <u>  </u> kali alat apa yang digunakan : botol atau cangkir ? <u>  </u></li> <li>Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI,</li> <li>Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu. (Posisi Benar) - Posisi Salah <u>  </u></li> <li>Lihat apakah perlekatan baik : Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar - Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik <u>  </u> Melekat dengan baik <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	Berat badan tidak rendah dan tidak ada masalah Pemberian ASI	Lakukan asuhan dasar bayi muda

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif</li> <li>Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut</li> <li>Terdapat celah bibir / langit-langit</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</b>  Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vit K 1 diberikan hari ini _____
<b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (Lingkari Imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <sup>16/21</sup> / <sub>103</sub> BCG <sup>21/21</sup> / <sub>103</sub> Polio-1 <sup>21/21</sup> / <sub>103</sub>		Imunisasi yang diberikan hari ini : BCG = 21-03-2021 Polio-1 = 21-03-2021
<b>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</b>  taa		
		Nasihat kapan kembali segera Kunjungan Ulang : <sup>30/21</sup> / <sub>103</sub> hari
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b>  taa		



FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal kunjungan : <u>30-03-2021</u> Alamat : <u>Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung</u> Nama Bayi : <u>BY "A"</u> <u>LP</u> Nama Ibu : <u>NY "D"</u> Tanggal Lahir/Umur : <u>16-03-21/14 hr</u> BB : <u>4300</u> gram, PB : <u>55</u> cm Suhu : <u>36</u> °C Bayi sakit apa ? _____ Kunjungan pertama <u>—</u> Kunjungan ulang <u>19</u> KN : <u>1/2 (3)</u>		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua.</li> <li>Ada riwayat kejang</li> <li>Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali</li> <li>Hitung napas dalam 1 menit <u>—</u> kali / menit. Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali / menit.</li> <li>Hitung napas kedua <u>—</u> kali / menit. Apakah : Napas cepat (<math>\geq 60</math> x/menit), atau Napas lambat (<math>&lt; 40</math> x/menit)</li> <li>Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.</li> <li>Suhu tubuh <math>\geq 37,5</math> °C</li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36,5</math> °C</li> <li>Mata bermanah : banyak <u>—</u> Sedikit <u>—</u></li> <li>Pusar kemerahan</li> <li>Pusar kemerahan meluas ke dinding perut <math>&gt; 1</math> cm</li> <li>Pusar bermanah</li> <li>Ada pustul di kulit</li> </ul>	Mungkin bukan infeksi	Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>MEMERIKSA IKTERUS (-)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam)</li> <li>Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari</li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> </ul>	Tidak ada ikterus	Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>APAKAH BAYI DIARE ?</b> Ya <u>—</u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi sudah diare selama <u>—</u> hari</li> <li>Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali ( Letargis ) - Gelisah atau rewel</li> <li>Mata cekung</li> <li>Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik ) - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) - Segera</li> </ul>	Diare tanpa dehidrasi	Lakukan asuhan dasar bayi muda
<b>MEMERIKSA STATUS HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u>—</u></li> <li>Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <u>—</u> Negatif <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah <u>—</u> Belum <u>—</u></li> <li>Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya <u>—</u> Tidak <u>—</u></li> <li>Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV ? Ya <u>—</u> Tidak <u>—</u></li> <li>Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <u>—</u> Negatif <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV ? Sudah <u>—</u> Belum <u>—</u></li> <li>Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>—</u></li> </ul> Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu. Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.	Mungkin bukan infeksi HIV	tangani infeksi lainnya jika ada
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MSALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>berat badan menurut umur : - Rendah <math>\leq -2</math> SD <u>—</u> - Tidak rendah <math>&gt; -2</math> SD <u>—</u></li> <li>Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <u>—</u></li> <li>Jika "Ya", - Berapa kali dalam 24 jam ? <u>5-6</u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Jika "Ya", apa yang diberikan ? _____ berapa kali dalam 24 jam ? <u>—</u> kali alat apa yang digunakan : botol atau cangkir ? _____</li> </ul> Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI, <b>Lihat apakah posisi bayi benar :</b> Seluruh badan bayi tersangah dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu. <b>Posisi Benar / Posisi Salah</b> <b>Lihat apakah perlekatan baik :</b> Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar - Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan baik	Berat badan tidak rendah dan tidak ada masalah Pemberian ASI	Lakukan asuhan dasar bayi muda

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, disertai istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif</li> <li>Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut</li> <li>Terdapat celah bibir / langit-langit</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</b>  Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vit K 1 diberikan hari ini _____
<b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <u>6/21</u> BCG <u>21/21</u> Polio - 1 <u>21/21</u>		Imunisasi yang diberikan hari ini : _____
<b>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</b>  taa		
		Nasihat kapan kembali segera Kunjungan Ulang : _____ hari
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b>  taa		







Lampiran 19 Informed Consent KB

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK  
DALAM PELAYANAN KONTRASEPSI  
(INFORMED CONSENT)**

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama K KB/RS/DPS/BPS\*) : Prb. Ni Made Warthi Agung SST  
 Alamat Klinik : Jl. Suran Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Nomor Kode Klinik KB : [ ] : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Nomor Klien : [ ] [ ] [ ] [ ]  
 (sesuai dengan K/IV/KB/04)

PERSETUJUAN KLIEN


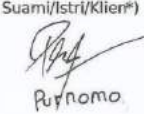
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :  
 Nama : NY. Diana  
 Umur : 28 tahun  
 Jenis Kelamin : LP  
 Alamat Lengkap : RT ..... RW ..... Kelurahan/Desa Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung (kos)  
 Kec. Kebomas Kab/Kota GRESIK  
 Propinsi Jawa Timur  
 Kode Pos .....

Selaku KLIEN : setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG KAMPILIH, MAKA KAMI SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa IUD/Implant/MOW/MOP\*)

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :  
 Nama : Pr. Purnomo  
 Umur : 35 tahun  
 Jenis Kelamin : OP  
 Alamat Lengkap : RT ..... RW ..... Kelurahan/Desa Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung  
 Kec. Kebomas Kab/Kota GRESIK  
 Propinsi Jawa Timur  
 Kode Pos .....

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

..... Klien Suami/Istri/Klien\*)  
 Ni Made Warthi Agung SST Diana  Purnomo



Lampiran 20 Status Peserta KB

K/IV/KB/13

I. Nomor Kode Faskes KB  
Provinsi: [ ] [ ] [ ] Kab/Kota: [ ] [ ] FASKES: [ ] [ ] [ ]

II. Nomor Seri Kartu : Nomor urut: [ ] [ ] [ ] [ ] Tahun: [ ] [ ]

### KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : Ny. Diana

IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri : 30/03/93 / 28

V. Nama Suami/Istri : Tn. Purnomo

VI. Pendidikan Suami dan Istri  
1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SLTP 4. Tamat SLTA 5. Tamat PT

Suami: [4] Istri: [4]

VII. Alamat Peserta KB : Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung, Kebomas

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri  
1. Pegawai Pemerintah 2. Pegawai Swasta 3. Petani 4. Nelayan 5. Tidak bekerja 6. Lain-lain

Suami: [2] Istri: [4] (Lukausaha...)

IX. Tahapan KS

X. Status Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)  
1) Peserta JKN Penerima Bantuan Turan 2) Peserta JKN Bukan Penerima Bantuan Turan 3) Bukan Peserta JKN

XI. Jumlah anak hidup Laki-laki: [1] Perempuan: [1]

XII. Umur anak terkecil 6 minggu Tahun: [ ] Bulan: [ ] (ahir 14/03)

XIII. Status Peserta KB [2]  
1. Baru Pertama kali 2. Pernah pakai alat KB berhuruf sesuai besain/keguguran

XIV. Cara KB terakhir [7]  
1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implan 6. Suntikan 7. PI

XV. Penapisan (Skrining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB.  
Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia.  
Penapisan (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi.

Anamnesese

1. Haid terakhir tanggal : 13/06/20 2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya 2) Tidak [2]

3. Jumlah GPA : Gravida (Kehamilan) [02] Partus (Persalinan) [02] Abortus (Keguguran) [-]

4. Menyusul : 1) Ya 2) Tidak [1]

5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Tidak Ya  
a. Sekit kuning [ ] [✓]  
b. Perdarahan penevaginam yang tidak diketahui sebabnya [ ] [✓]  
c. Keputihan yang lama [ ] [✓]  
d. Tumor [ ] [✓]  
- Payudara  
- Rahim  
- Indung telur

Pemeriksaan

6. Keadaan Umum : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang [1]

7. Berat Badan : 78 Kg TB : 158 cm

8. Tekanan Darah :

9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam : Tidak Ya  
a. Tanda - tanda radang [ ] [ ]  
b. Tumor/keganasan ginekologi [ ] [ ]

10. Posisi Rahim : 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi [ ]

11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW)  
a. Tanda-tanda diabetes Tidak Ya [ ] [ ]  
b. Kelainan pembekuan darah [ ] [ ]  
c. Radang orchitis/epididymitis [ ] [ ]  
d. Tumor/keganasan ginekologi [ ] [ ]

12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan : IUD MOW MOP Kondom Implan Suntikan PI

XIV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih : 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implan 6. Suntikan 7. PI [7]

XVII. Tanggal dilayani \*\*: 27/04/21  
Tanggal: [27] Bulan: [04] Tahun: [21]

XVIII. Tanggal dipesan kembali : Tanggal: [ ] Bulan: [ ] Tahun: [ ]

KETERANGAN :  
\*) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan.  
\*\*) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar.

Ny. Diana Waribaga  
SIP  
XXBID  
Bidan/Perawat Kesehatan  
4404093401002912  
Jln Sunan Giri / Kebomas  
INSI - Widyaiswara  
1019

## Lampiran 21 Lembar Kunjungan Pasien



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

## LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : Hilda Indriani  
NIM : 1812006  
Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1.	Senin, 08-03-2021	Pemeriksaan ke-1 ANC trimester III	
2.	Selasa, 16-03-2021	Pemeriksaan ke-2 ANC trimester III	
3.	Selasa, 16-03-2021	Asuhan Persalinan (INC)	
4.	Selasa, 16-03-2021	Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	
5.	Selasa, 16-03-2021	a. Asuhan Neonatus ke-1 b. Asuhan Nifas ke-1	
6.	Minggu, 21-03-2021	Asuhan Neonatus ke-2	
7.	Selasa, 23-03-2021	Asuhan Nifas ke-2	
8.	Selasa, 30-03-2021	a. Asuhan Neonatus ke-3 b. Asuhan Nifas ke-3	
9.	Selasa, 27-04-2021	Asuhan Nifas ke-4	
10.	Selasa, 27-04-2021	Asuhan Keluarga Berencana	

Lampiran 22 Lembar Bukti Pendampingan Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

LEMBAR BUKTI PENDAMPINGAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR



Identitas Pasien

Nama : Ny. "D"  
Tempat/ Tgl Lahir (Usia) : 27 tahun  
Alamat : Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung, Kecamatan Kebomas, Kabupaten Gresik. (Kos)  
No. Hp : 081336759910

No	Hari/Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosis	Asuhan	Tanda Tangan Klien	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Bidan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin, 08-03-2021	Tca	TTV = Td=125/80 mmHg Ba = 83 x/m M = 220 x/m S = 36,5 TPU = Pergerakan Rsaq. Bk / Kesan Perigal (37 cm) PJ = 153 x / menit teratur dan Jatin baik	G2 P000 / ut 38 mg / Tonggak / hvd / intracutern / let tektr / Kesan Perigal	- klie tanda bahaya - klie vitaliti - klie Perawatan payudara - klie tanda peraman	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	Selasa, 16-03-2021	Kenceng - Kencang	TTV = Td = 104/70 mmHg Ba = 81 x / menit M = 202 x / m S = 36,5 °C TPU = 3 dari bawah dx (35 cm), lempok PJ = 153 x / menit teratur dan Jatin baik	G2 P000 / ut 39 mg / Tonggak / hvd / intracutern / let tektr / Kesan Perigal	- klie Perawatan - klie Perawatan nyeri	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>





**LEMBAR BUKTI PENDAMPINGAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**Identitas Pasien**

Nama : Ny. "D"  
 Tempat/ Tgl Lahir (Usia) : 27 tahun  
 Alamat : Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung, Kecamatan Kebomas, Kabupaten Gresik  
 No. Hp : 081336759910

No	Hari/Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosis	Asuhan	Tanda Tangan Klien	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Bidan	Tanda Tangan Pembimbing
5.	Selasa, 16-03-2021	Taa	Ku = Baik TTV = 124/82/110/11 N = 130 x/menit S = 36,6°C BB = 3400 gram, PB = 55 cm Ikterus ⊕	Neonatus cukup bulan usia 6 jam	- KIE (kehidupan bayi) - KIE (kebersihan bayi) - KIE (kebersihan hygiene) - KIE (kebersihan ASI) - KIE (kebersihan BCC) - Kebersihan Uterus	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6.	Minggu, 21-03-2021	Taa	Ku = Baik TTV = 124/82/110/11 N = 130 x/menit S = 36,6°C BB = 3400 gram, PB = 55 cm Ikterus ⊕	Neonatus cukup bulan usia 5 hari	- Mengevaluasi Konsepsi yang sudah diberikan - Memastikan imunitas ibu dan bayi - Konsumsi Uterus	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7.	Selasa, 30-03-2021	Ruam Parok	Ku = Baik TTV = 124/82/110/11 N = 130 x/menit S = 36,6°C BB = 3400 gram, PB = 55 cm Ikterus ⊕	Neonatus cukup bulan usia 14 hari	- Mengevaluasi konsepsi - KIE (kebersihan hygiene) - Pemberian ASI - Kebersihan bayi - Kebersihan payudara - Kebersihan tali pusat	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8.	Selasa, 16-03-2021	Perot mules dan nyeri pada luka jahitan	TTV = 124/82/110/11 N = 130 x/menit S = 36,6°C BB = 3400 gram, PB = 55 cm Ikterus ⊕	Post partum FIS 10/015	- KIE (kebersihan hygiene) - KIE (kebersihan payudara) - KIE (kebersihan tali pusat) - Kebersihan luka jahitan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>



**LEMBAR BUKTI PENDAMPINGAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**Identitas Pasien**

Nama : Ny. "D"  
 Tempat/ Tgl Lahir (Usia) : 27 tahun  
 Alamat : Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung, Kecamatan Kebomas, Kabupaten Gresik  
 No. Hp : 081336759910

No	Hari/ Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosis	Asuhan	Tanda Tangan Klien	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Bidan	Tanda Tangan Pembimbing
9.	Senin, 23-03-2021	Kaki bengkak	TTV = TD=110/70 mmHg BB = 30 kg N = 80-90/menit S = 36-37°C TPO 3 jari atas sungs, ket. meng. uclear, Perdarahan 2 loc. Lechea sanguinolenta Jajhtan basah ⊕	P20002 NIFAS Fisiologis hari ke-7 dengan ketel bengkak	- KIE Penanganan Keulap - KIE nutrisi - KIE istirahat - KIE fiksasi payudara - KIE pembebasan ASI - KIE Senam nifas - Pemberian obat - Kandangan ulang	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i> 	<i>[Signature]</i>
10	Senin, 30-03-2021	Jajhtan Perineum belum kering	TTV = TD=110/70 mmHg BB=20 kg N=80-90/menit S=36,6°C TPO: Tidak teraba KIE: Kasang Lochea seras ⊕ Jajhtan Perineum Mulus basah ⊕	P20002 NIFAS hari ke 14 dengan Jajhtan Perineum basah	- KIE nutrisi - KIE personal hygiene - KIE fiksasi - KIE menyusui bayi - KIE kanda basah nifas - KIE Senam nifas - Pemberian obat - Kandangan ulang	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>





**LEMBAR BUKTI PENDAMPINGAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**Identitas Pasien**

Nama : Ny. "D"  
 Tempat/Tgl Lahir (Usia) : 27 tahun  
 Alamat : Jl. Mayjen Sungkono, Sekarkurung, Kecamatan Kebomas, Kabupaten Gresik  
 No. Hp : 081336759910

No	Hari/ Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosis	Asuhan	Tanda Tangan Klien	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Bidan	Tanda Tangan Pembimbing
11	Selasa 27-04-2021	Taa	TTV = TD = 110/70 mmHg N = 82 x/menit S = 36,5°C EP = 20 x/menit Ttv tidak teraba KtE kesakab, labial alba	P20002 6 minggu Post partum FUGO IGBIS	- KtE Asi Elastis - Konseling KB	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	Selasa 27-04-2021	Uglin K.B	TTV = TD = 110/70 mmHg N = 82 x/menit S = 36,5°C EP = 20 x/menit Ttv tidak teraba	P20002 eksepor baru KB P11 Progestin (NUN P11)	- Informasi macam-macam KB - Informasi etek samping KB - Informasi keuarga dan keluarga semasa jenis KB - Inform consent - Pemberian EPR1 - Progestin - KtE Pasca Indeksi - KUNDUNGAN ukung	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
						<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
						<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

## Lampiran 23 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal LTA


**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin 29/03	BAB I Revisi a. Latar belakang menggunakan Profil kesehatan terbaru dan tahun yang sama b. Menambahkan Program Penanganan c. Penulisan nama Pembimbing (lahan kurang tepat)	
2	Selasa 13/04	BAB II Revisi a. Merapikan susunan teori konsep dasar b. Memberi kepala tabel yang halaman terpisah c. Memperbaiki spasi dan kata yang salah d. Mencari referensi	
3	Rabu 14/04	Revisi BAB I a. Memperbaiki Penulisan kata yang kurang tepat b. Memperhatikan data yang telah diperoleh	
4	Jumat 16/04	Revisi BAB II a. Mencari referensi terbaru b. Menambahkan materi dari referensi lain	



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
NIM : 1812006  
Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
4	Jumat 16/21 /04	Revisi BAB II c. Perbaiki kata yang belum disiasi dan menggunakan kata baku d. Mencari referensi untuk materi Pelayanan di era adaptasi kebiasaan baru	
5	Sabtu 17/21 /04	Revisi BAB I a. Masih ada kata yang belum disiasi, dan salah dalam penulisan Revisi BAB II a. Masih ada kata yang belum disiasi dan salah dalam penulisan	
6	Selasa 20/21 /04	Revisi BAB I a. Penulisan sumber referensi kurang tepat b. Perhatikan penggunaan tanda baca c. Masih ada kata yang belum disiasi dan salah dalam penulisan	



## Lampiran 24 Lembar Berita Acara Perbaikan Proposal LTA



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Ketua Penguji : Endah Mulyani, SST., M.Kes  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" masa hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Made Warti Agung, SST.  
 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Tanggal ujian : 04 Mei 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	04 Mei 2021	BAB I Pendahuluan	1	Penyusunan 1 paragraf terdiri dari 5-6 kalimat	Sudah Revisi
			1	Justifikasi pada per paragrafnya terdiri dari 5-6 kalimat sehingga harus dibuat paragraf baru dan menyederhanakan	Sudah Revisi
			4	Latar belakang ditambahi kronologi	Sudah Revisi
2.	04 Mei 2021	Daftar Pustaka	104	Gunakan Mendeley untuk penyusunan daftar pustaka	Sudah Revisi

Gresik, 10 Mei 2021

Ketua Penguji

Endah Mulyani, SST., M.Kes



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Penguji I : Sulastri, SST., M.Kes  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" masa hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Made Warti Agung, SST.  
 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Tanggal ujian : 04 Mei 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	04 Mei 2021	Sampul Depan		Ukuran logo disesuaikan dengan buku panduan	Sudah Revisi
				Menambahkkan alamat PMB lebih lengkap	Sudah Revisi
2.	04 Mei 2021	Sampul Dalam	i	Ukuran logo disesuaikan dengan buku panduan	Sudah Revisi
			i	Menambahkkan alamat PMB lebih lengkap	Sudah Revisi
3.	04 Mei 2021	BAB I Pendahuluan	1	Introduction terlalu banyak dan jangan langsung membahas kematian karena di PMB Ni Made Warti Agung SST., tidak ada kematian.	Sudah Revisi
			1	Latar belakang cukup 2 lembar atau lebih sedikit	Sudah Revisi
			1	Justifikasi pada per paragrafnya terdiri dari 5-6 kalimat sehingga harus dibuat paragraf baru	Sudah Revisi



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL**

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
			4	Upaya ditambahi rumah tunggu ibu hamil risiko tinggi dan pendampingan oleh kader kesehatan	Sudah Revisi
			4	Latar belakang ditambahi dampak	Sudah Revisi
			6	Halaman jangan dipisah sendiri	Sudah Revisi
4.	04 Mei 2021	BAB II Tinjauan Pustaka	26	Menambahkan lagi materi ANC terpadu dengan referensi buku Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua	Sudah Revisi

Gresik, 10 Mei 2021

Penguji I

Sulastri, SST., M.Kes



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Anggota Penguji : Munisah, SST., MPH  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" masa hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Made Warti Agung. SST.  
 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Tanggal ujian : 04 Mei 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	04 Mei 2021	Lembar pengesahan	iii	Kesalahan menulis gelar Ketua Program Studi DIII Kebidanan	Sudah Revisi
2.	04 Mei 2021	Surat Pernyataan	iv	Penambahan kata proposal dalam kalimat pernyataan	Sudah Revisi
3.	04 Mei 2021	Daftar Riwayat Hidup	v	Penambahan spasi pada alamat	Sudah Revisi
4.	04 Mei 2021	Kata Pengantar	vi	Kesalahan menulis gelar Ketua Program Studi DIII Kebidanan	Sudah Revisi
5	04 Mei 2021	BAB 2 Tinjauan Pustaka	7	Referensi belum masuk ke daftar pustaka	Sudah Revisi
			13	Kesalahan menulis kata "Ekstremitas"	Sudah Revisi
			34	Tabel jangan dipisah di halaman selanjutnya	Sudah Revisi
			49	Kesalahan menulis kata "Atur"	Sudah Revisi
			50	Kurangnya spasi pada penulisan	Sudah Revisi
			52	Kesalahan menulis kata "Kondisinya"	Sudah Revisi
53	Kesalahan menulis kata "Tidurnya"	Sudah Revisi			





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

**BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL**

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
			59	Kurangnya spasi dan kurang tepatnya penggunaan huruf kapital.	Sudah Revisi
			60	Kesalahan menulis kata "Tidurnya"	Sudah Revisi
			65	Kurangnya spasi pada penulisan	Sudah Revisi
			68	Kurangnya spasi pada penulisan	Sudah Revisi
			69	Kurangnya spasi pada penulisan	Sudah Revisi
			78	Kurangnya spasi pada penulisan	Sudah Revisi
			90	Kurangnya spasi pada penulisan	Sudah Revisi
			90	Kesalahan menulis kata "Servisitis"	Sudah Revisi
			100	Referensi belum masuk ke daftar pustaka	Sudah Revisi
			104	Daftar pustaka belum lengkap dan perlu perbaikan	Sudah Revisi

Gresik, 10 Mei 2021

Anggota Penguji

Munisah, SST., MPH

## Lampiran 25 Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**



Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Minggu 9/21 /06	BAB III (Revisi)	
		a. Penulisan Keluhan Pada Kehamilan TMT	
		b. Periksa Kembali Penulisan Pemeriksaan Fikt	
		c. KIE Tanda bahaya Kehamilan ditambahkan	
		d. Nutrisi Porsi makan ditulis dengan ukuran rumah tangga (piring)	
		e. Periksa Kembali Perhitungan TBJ	
		f. Jangan menuliskan hasil Pemeriksaan Volta dengan (taa) Pada Persalinan	
		g. Pada BBL kebutuhan bagi Kurang Perawatan tali Pusat	
		h. Perhatikan cara Perhitungan TBJ	
		i. Perhatikan Jam Perawatan BBL yaitu Selama 6 Jam	
		j. Pada Pemeriksaan Nifas seharusnya dituliskan Jaitan basah atau Kering	
2.	Selasa 15/21 /06	a. Menambah Keterangan 36 minggu Pada Perawatan Payudara dan di TM 1 & 2 Perawatan Payudara dihapus	
		b. Hapus Pemeriksaan Penunjang Jika Saat Pertemuan sebelumnya sudah dicantumkan	
		c. KH : DJJ dihapus pada kala I fase aktif	



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
NIM : 1812006  
Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
		d. Kt pada kala III Persalinan tambahkan Kontraksi uterus baik	
		e. Kt pada kala IV urutkan TFU, TFU, Kontraksi, Kk, Perdarahan	
		f. Pengetahuan pada nifas hanya untuk Ibu saja dan KIE Imunisasi tidak Perlu di Nifas tetapi dimasukkan pada asuhan Bayi saja	
3.	Rabu	Revisi (BAB III)	
	23/21 /06	a. Bagian Pemeriksaan Fisik (Pemeriksaan ekstremitas diletakkan paling akhir)	
	BAB III	b. Menambahkan tanda bahaya Kehamilan trimester I	
		c. Perbaiki Spasi (banyak kata saling terhubung / menyambung)	
		d. Menambahkan tanda bahaya Kehamilan trimester II	
		e. Penulisan "Puskesmas Kebomas" Menggunakan awalan huruf kapital	
		f. Penulisan "Ø10 cm" Kotang Spasi	
		g. Perbaiki cara Penulisan kalimat di kIE Penanganan kaki odema di Ibu nifas	
		h. Perbaiki cara Penulisan kalimat di kIE Personal hygiene Ibu nifas	
		i. Perhatikan berapakali obat diberikan perhari	



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
NIM : 1812006  
Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
	<u>BAB IV</u>	Revisi <u>BAB IV</u> a. Menambahkan teori dari Para ahli b. Mencari Jurnal untuk menunjang c. Menentukan mana yang fisiologis dan yang patologis berdasar teori	
4.	Selasa 29/21 /06	Revisi <u>BAB III</u> a. Pernyataan (Resiko) diganti (Risiko) b. Teori Para ahli dimasukkan c. Hasil Penelitian untuk menunjang opini d. Susunannya : Fakta, Teori, Opini e. Merapikan tata letak saat mengetik f. Teori yang digunakan harus sesuai dengan masalah yang diangkat	
	<u>BAB III</u>	Revisi <u>BAB III</u> Masih adanya spasi yang berdempet (Perbaiki kata yang lupa belum disiasi)	
5	Sabtu 03/21 /07	Revisi <u>BAB IV</u> a. Setelah opini, Paragraf terakhir dihapus * Pada bagian kehamilan TM I b. Kehamilan TM II : Tambahkan jumlah hasil Penelitian c. Kehamilan TM III : Paragraf KLE disingkat saja tanpa dijabarkan dan ANC terpadu dihapus	



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
NIM : 1812006  
Pembimbing : Munisah, SST., MPH

No	Hari/ Tanggal	Pokok Bahasan	Tanda Tangan Pembimbing
		d. Persamaan kala I : Teori disingkat	
		e. Kala II Persamaan : Paragraf pertama (DO) disingkat	
		f. Kala III paragraf 4 dan 5 jadi satu	
		g. BBL : Hapus aenia / paragraf yang telah dipertukan dan KIE terpadu - Jelaskan	
		h. Neonatus < 28 hari : KIE tanpa dilelaskan biar singkat dan teori juga lebih disingkat	
		i. 6 jam PP : KIE ditingkas dan Teori diadukan 1 paragraf tetapi disingkat	
		j. 2 minggu PP : Teori lebih dipilih yang berhubungan dengan masalah saja	
		k. 6 minggu PP : Tambah KIE Perubahan Nifas pada 6 minggu PP + teori KB	
		l. Daftar pustaka disatukan dengan BAB I dan BAB II	
		Revisi BAB 5	
		a. Kesimpulan kehamilan disederhanakan	
		b. Kesimpulan masa nifas disederhanakan	
6.	Rabu 07/21 /07	ACC	

## Lampiran 26 Lembar Berita Acara Perbaikan Laporan Tugas Akhir



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Ketua Penguji : Endah Mulyani, SST., M.Kes  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" masa hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Made Warti Agung, SST.  
 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Tanggal ujian : 17 Juli 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	17 Juli 2021	BAB 3 TINJAUAN KASUS	104	Memeriksa kembali cara perhitungan IMT pada ibu hamil	Sudah Revisi
2.	17 Juli 2021	BAB 4 PEMBAHASAN	161	Jangan menggunakan kata "saya" pada opini Susunan pada BAB 4 yaitu terdiri dari fakta, teori dan opini lebih di perhatikan lagi	Sudah Revisi

Gresik, 23 Juli 2021

Ketua Penguji

Endah Mulyani, SST., M.Kes



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Penguji I : Sulastrri, SST., M.Kes  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" masa hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Made Warti Agung, SST.  
 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Tanggal ujian : 17 Juli 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	17 Juli 2021	BAB 3 TINJAUAN KASUS	102	Rapikan penggunaan margins	Sudah Revisi
			104	IMT >28 sudah ibu hamil (+)	Sudah Revisi
			105	KSPR ibu 6	Sudah Revisi
			106	Tambahkan konsumsi susu	Sudah Revisi
			106	ANC terpadu ke petugas TB bukan ke spesialis penyakit dalam	Sudah Revisi
			107	TT lengkap dijelaskan sudah TT ke berapa	Sudah Revisi
			107	Vitamin ibu apa yang digunakan	Sudah Revisi
			112	KSPR ibu 6	Sudah Revisi
			113	Tidak perlu TTD pasien	Sudah Revisi
			129	Penulisan "Spt-B" diganti "Spt B"	Sudah Revisi
			135	Masih ada kata yang belum dispasi	Sudah Revisi
2.	17 Juli 2021	BAB 4 PEMBAHASAN	161	KSPR ibu 6	Sudah Revisi
				Mencari teori obat di buku Sarwono Prawirohardjo	Sudah Revisi
			163	Skor KSPR ibu 6	Sudah Revisi
3.	17 Juli 2021	BAB 5 PENUTUP	172	Skor KSPR ibu 6	Sudah Revisi
4	17 Juli 2021	LAMPIRAN	184	Skor KSPR ibu 6	Sudah Revisi
			185	Tambahkan hasil pemeriksaan HIV	Sudah Revisi

Gresik, 23 Juli 2021

Penguji I

Sulastrri, SST., M.Kes



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

**BERITA ACARA PERBAIKAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Hilda Indriani  
 NIM : 1812006  
 Anggota Penguji : Munisah, SST., MPH  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" masa hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Made Warti Agung, SST.  
 Jl. Sunan Giri 1/6 Kebomas Gresik  
 Tanggal ujian : 17 Juli 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1.	17 Juli 2021	BAB 4 PEMBAHASAN	161	Penulisan di cek ulang	Sudah Revisi
				Pembahasan fakta, teori, dan opini	Sudah Revisi
2.	17 Juli 2021	DAFTAR PUSTAKA	v	Daftar pustaka dibenahi	Sudah Revisi
3.	17 Juli 2021	LAMPIRAN	vi	Lampiran dilengkapi	Sudah Revisi

Gresik, 17 Juli 2021

Anggota Penguji

Munisah, SST., MPH