

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

**JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. “N” MASA HAMIL
SAMPAI DENGAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA
DI PMB SUPRAPTI, S.ST., M.Kes DOMAS MENGANTI GRESIK**

NO	Kegiatan	Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
		1	2	3	4	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 Izin Permohonan 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 Suprpti, SST., M.Kes.
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	1812003	Anis Laras Wati
2	1812015	Twelvi Desimbriana

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

Lampiran 3 Surat Balasan Izin Permohonan Lahan Praktik



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
SUPRPTI, S.ST., M.Kes
DOMAS MENGANTI GRESIK



Gresik, 16 Maret 2021

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

Kepada Yth.

Kaprodi Kebidanan Universitas Muhammadiyah Gresik

Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara perihal Permohonan Izin Lahan Praktek untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa Kebidanan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Twelvi Desimbriana
NIM : 1812.015
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny "N", Masa Hamil sampai dengan pelayanan KB di PMB Suprpti, S.ST., M.Kes, Menganti Gresik.



Lampiran 4 Surat Izin Pengambilan Data di PMB Suprarti, S.ST., M.Kes



PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK



Nomor : 021/ II.3.UMG/PBdn/F/2021
Lamp. : -
Hal : *Permohonan Ijin Pengambilan Data*

Kepada Yth.
Ibu Suprarti, SST., M.Kes.
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 :

Nama : Twelvi Desimbriana
NIM : 1812015

Kami berharap bantuan untuk memberikan kesempatan pada mahasiswa kami dalam melakukan penelitian guna memperoleh data KIA (KN, KB, KF, K1, K4, Linakes, AKI dan AKB) tahun 2020 di BPM Ibu Suprarti, SST., M.Kes.

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

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

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Gresik, 16 April 2021
Ka. Prodi,

Luluk Yulianti, S.Si.T., MPH

Tindakan:
1. Arsip

Lampiran 5 Surat Balasan Izin Pengambilan Data di PMB Suprapti, S.ST., M.Kes



**PRAKTEK MANDIRI BIDAN
SUPRAPTI, S.ST., M.Kes
DOMAS MENGANTI GRESIK**



Gresik, 16 Maret 2021

Nomor : -
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Balasan Permohonan Pengambilan Data

Kepada Yth.

Kaprodi Kebidanan Universitas Muhammadiyah Gresik

Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara perihal permohonan pengambilan data untuk Laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa Kebidanan Universitas Muhammadiyah Gresik, maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Twelvi Desimbriana
NIM : 1812.015
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny "N ", Masa Hamil sampai dengan pelayanan KB di PMB Suprapti, S.ST., M.Kes, Menganti Gresik.



Lampiran 6 Surat Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Twelvi Desimbriana

NIM : 1812.015

Adalah mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gresik. Sebagai persyaratan kelulusan di semester VI (Enam). Saya ditugaskan untuk melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Hamil-Bersalin-Nifas-Bayi Baru Lahir-Neonatus-Keluarga Berencana) dan menyusun Proposal Laporan Tugas Akhir sebagai bentuk dokumentasi asuhan yang telah dilaksanakan.

Tujuan kegiatan ini adalah sebagai aplikasi keterampilan Kebidanan yang telah kami dapatkan selama lima semester pembelajaran teori dan praktek. Oleh karena itu, saya mohon kesedian ibu untuk menjadi responden, dan saya beri asuhan Kebidanan (Pemeriksaan dan Perawatan) pada saat kehamilan sampai dengan selesai masa nifas. Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Atas bantuan dan kerja sama yang telah diberikan, saya mengucapkan terimakasih.

Gresik, 23 Maret 2021

Mahasiswa



Twelvi Desimbriana

1812.015

Lampiran 7 Surat Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, Saya :

Nama : Ny. "N"

Umur : 28 tahun

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

Gresik, 23 Maret 2021

Responden



(Ny. N)

Lampiran 8 Lembar Skrining KSPR

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

Nama : M. P.
 Hamil ke 3 Haid terakhir tgl :
 Pendidikan ibu : SMA
 Pekerjaan ibu : IRT

Umur Ibu: 28 Th. 09/04
 Perkiraan persalinan tgl:bl
 Suami : SMP
 Suami : Swasta

KEL. F.R	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal ibu Hamil	2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4	-	-	-	-
	2	a. Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Th	4	-	-	-	-
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 Th	4	-	-	-	-
	3	Terlalu cepat hamil lagi (<2 Th)	4	4	4	4	4
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th)	4	-	-	-	-
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4	-	-	-	-
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4	-	-	-	-
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4	-	-	-	-
	8	Pemah gagal khamilan	4	-	-	-	-
	9	Pemah Melahirkan dengan					
a. Tindakan tang/vakum		4	-	-	-	-	
b. Uri dirogo		4	-	-	-	-	
	c. Diberi infus/Transfusi	4	-	-	-	-	
	10	Pemah Operasi Sesar	8	-	-	-	-
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4	-	-	-	-
	a.	Kurang darah					
		b. Malena					
	c.	TBC Paru	4	-	-	-	-
		d. Payah Jantung	4	-	-	-	-
	e.	Kencing manis (Diabetes)	4	-	-	-	-
	f.	Penyakit Menular Seksual	4	-	-	-	-
12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4	-	-	-	-	
13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	-	-	-	-	
14	hamil Kembar air (hidraminon)	4	-	-	-	-	
15	Bayi mati dalam kandungan	4	-	-	-	-	
16	Kehamilan lebih bulan	4	-	-	-	-	
17	Letak sungsang	8	-	-	-	-	
18	Letak lintang	8	-	-	-	-	
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8	-	-	-	-
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8	-	-	-	-
JUMLAH SKOR				6	6	6	6

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

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

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes, 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : 08 / 04 / 2021

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri
2. Dukun
3. Bidan
4. Puskesmas

RUJUKAN DARI : 1. Bidan
2. Puskesmas
3. Rumah sakit

RUJUKAN DARI :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB)/
Rujukan Dalam Rahim

2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTIt)

Gawat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I dan II

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Gawat Darurat Obstetrik :

• **Kel. Faktor Risiko III**

1. Pendarahan antepartum
2. Eklampsia

• **Kel. Faktor Risiko III**

3. Pendarahan postpartum
4. Uri Tertinggal
5. Persalinan Lama
6. Panas Tinggi

TEMPAT :

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG :

1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4. Lain-lain

MACAM PERSALINAN

1. Normal
2. Tindakan Pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2.....

Macam Persalinan

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah sakit
6. Perjalanan
7. Lain-lain

Bayi

1. Berat lahir : 3.900 gram (Laki-2/Perempuan)
2. Lahir hidup : Apgar Skor
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
5. Kelainan bawaan (tidak ada)/ ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat
2. Sakit
3. Mati, penyebab
- Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya KB Suntik 3 bln/Sterilisasi.....
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan

* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG

Lampiran 9 Lembar Status Ibu Hamil



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
SUPRAPTI, S.ST., M. Kes
 Jl. Raya Domas RT 02
 Kecamatan Menganti Kabupaten Gresik



STATUS IBU HAMIL

No. Reg: 75/20

i. Pengkajian, tanggal : 28/2020
 /08

Data Subyektif :

A. Anamnesa

1. Identitas ibu

Nama ibu	: Ny. Novi Sabuna	Nama Suami	: Tn. Hendrik Sekang
Usia	: 28 th	Usia	: 37 th
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Domas RT 02 (Kos) Menganti	No. Telp	: 081241583976

2. Riwayat kehamilan sekarang

a. Keluhan Utama : mual (+), muntah (+), Pusing (+), telat haid

b. Riwayat keluhan utama :

c. HPHT : 03-07-2020 HPL : 09-04-2021

d. Riwayat haid : Menarche : 12 th Lama Haid : 7 hr
 Dismenorrhoe : ya/tidak, lain-lain

e. Gerakan anak pertama kali dirasakan : -

f. Tanda bahaya dan penyulit kehamilan :

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

h. Pola kebutuhan

- Nutrisi : cukup/kurang Makan 2x/hr, Minum 10 gelas/hr
- Istirahat/tidur : cukup/kurang Siang 2 jam, Malam 7-8 jam
- Aktifitas : tidak lelah/lelah Lelah (-)
- Eliminasi : tidak ada masalah/masalah BAK 5-6x/hr, BAB 1x/hr
- Seksual : tidak masalah (biasa)/ada masalah 1x/minggu
- Personal Hygiene : baik/kurang Keputihan (-)

i. Kekhawatiran khusus :

pp test (+) 28/08

3. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu RS Darussayifa

No	Umur Hamil	Tempat	Penolong	Persalinan	Penyulit	Jenis/Umur	BB	Ket
1.	Aterm	RS	Dokter	Spt-B	-	Lk/4 k	3.000 gr	
2.	Aterm	BPM	Bidan	Spt-B	-	Lk/3 k	2.900 gr	
3	tami		I	I				

4. Riwayat kesehatan/penyakit yang pernah di derita :

Anemia : ya/tidak Jantung : ya/tidak
 Hipertensi : ya/tidak Hati : ya/tidak
 Lain-lain :

5. Riwayat sosial ekonomi :

a. Status perkawinan : ke - 1
 b. Respon terhadap kehamilan ini : diharapkan/tidak diharapkan
 c. Dukungan keluarga : baik/tidak ada dukungan
 d. Pengambilan keputusan : suami/ortu/.....
 e. Kebiasaan : Merokok/Minuman keras/Narkotika/Obat penenang/Binatang piaraan
 f. Penghasilan keluarga : cukup/tidak cukup

6. Riwayat kesehatan keluarga

a. Penyakit TBC : ya/tidak
 b. Penyakit Hati : ya/tidak
 c. Lain-lain :

7. Riwayat kontrasepsi

a. Sebelum punya anak : -
 b. Setelah anak ke 1 : -
 c. Setelah anak ke 2 : -

8. Rencana Persalinan

Tempat : Pendamping :
 Penlong : Calon donor :

Data Obyektif

A. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Baik/Lemah/Pucat/Kuning
 Keadaan emosional : stabil/Labil
 Bentuk tubuh : Kesan normal/Kesan tidak normal
 TB : 155 BB : 61 LILA : 27 BB sebelum hamil : 57
 TD : 110/70 Nadi : 80 Pernafasan : 20 Suhu badan : 36,7 °C
 Muka : Kesan normal/Pucat/Kuning
 Mata : Conjunctiva merah/Sclera putih/Conjunctiva pucat/Sklera kuning
 Mulut : Merah/Pucat/Bibir kering/Bibir basah/Kelainan lain-lain
 Gigi : Bersih/Kotor/Caries/Caries +

Gusi : Kesan normal/Mudah berdarah
 Leher : Pembesaran kelenjar limfe/Pembesaran tyroid/Pembesaran vena jugularis/Nyeri tekan/Lain-lain
 Dada : Kesan normal/Tarikan intercosta
 Detak jantung : 80 x/menit (keratur) tidak teratur/suara lain
 Paru : Ronchi/Whyzing/Kelainan lain
 Payudara : Bersih/Kotor/Puting susu menonjol/Puting susu masuk/tanda infeksi/Massa/Nyeri/Lain-lain
 Abdomen : Besar perut sesuai UK/ada bekas SC/Nyeri tekan lain-lain
 TFU : belum teraba
 DJJ : -
 Ekstermitas atas/bawah : Kesan normal/varises/oedema/lain-lain
 Refleks patella : +/+ Lain-lain.....

B. Pemeriksaan Penunjang

Darah : Hb : Golda : HbaAg : Lain-lain :
 Urin : Albumin : Proteinuria :

II. Diagnosa : G3P2-2 UK 8 minggu

Masalah :

III. Rencana Asuhan

- a. Informasi hasil pemeriksaan
- b. KIE : Nutrisi/Istirahat(tidur)/aktivitas/eliminasi/personal htgiene/seksual/kebiasaan
- c. Pemberian obat : Fe, Folat, Kalsium, TT Vitamin
- d. Kunjunagn ulang
- e. Rujukan : ya/tidak
- f. Lain-lain

IV. Pelaksanaan

Kegiatan	TTD Bumil	TTD Bidan

V. Evaluasi

S :
 O :
 A :
 P :

Catatan Perkembangan

Tanggal	05-10-2020
Data Subyektif	<p>Keluhan : TAA</p> <p>Pola Keutuhan :</p> <p>Nutrisi : cukup/kurang <u>Makan 3x/hr, Minum ± 2 botol @ 1.5 L</u></p> <p>Istirahat/tidur : cukup/kurang <u>Siang 1 jam, Malam 8 jam</u></p> <p>Aktifitas : tidak lelah/lelah <u>Lelah ⊖</u></p> <p>Eliminasi : tidak ada masalah/masalah <u>BAK sering, BAB Lancar</u></p> <p>Seksual : baik/ada masalah <u>CO ⊖</u></p> <p>Personal Hygiene : baik/masalah <u>Keputihan ⊖</u></p>
Data Obyektif	<p>Keadaan Umum : <u>Baik</u> Lemah/Pucat/Kuning</p> <p>TD : $\frac{100}{70}$ BB : 61,7 Nadi : 84 Pernafasan : 19 Suhu : 36,9</p> <p>Mata : <u>Conjungtiva merah</u>/Sclera putih/Conjungtiva pucat/Sklera kuning</p> <p>Bibir : <u>Merah</u>/Pucat/Bibir kering/Bibir basah/Kelainan lain-lain</p> <p>Leher : Pembesaran kelenjar lymphe/Pembesaran tyroid/Pembesaran vena jugularis/Nyeritekan/Lain-lain</p> <p>Dada : <u>Kesan normal</u>/Tarikan intercosta</p> <p>Detak jantung : <u>84</u> x/menit/teratur/tidak teratur/suara lain</p> <p>Paru : Ronchi/Whyzing/Kelainan lain</p> <p>Payudara : <u>Bersih</u>/Kotor/Puting susu menonjol/Puting susu masuk/tanda infeksi/Massa/Nyeri/Lain-lain</p> <p>Abdomen : Besar perut sesuai UK/ada bekas SC/Nyeri tekan lain-lain</p> <p>TFU : <u>2 jari atas symphysis</u></p> <p>DJJ : <u>-</u></p> <p>Ekstermitas atas/bawah : Kesan normal/varises/oedema/lain-lain</p> <p>Anogenetalia : Bersih/Kotor/Fluor/Lain-lain</p>
Assesment	<p>Diagnosa : <u>G3P2-2 UK 13 mgg</u></p> <p>Masalah :</p>
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi : 2. KIE 3. Pemberian obat : <u>habiskan obat yg masih ada</u> 4. Kunjungan ulang : <u>1 bulan</u> <p>TTD Bidan</p>
Evaluasi	<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p>

Catatan Perkembangan

Tanggal	09-12-2020
Data Subyektif	<p>Keluhan : Kram Perut bawah ⊕</p> <p>Pola Keutuhan :</p> <p>Nutrisi : cukup/kurang ... Makan 3x/hr, Minum ± 12 gelas/hr</p> <p>Istirahat/tidur : cukup/kurang ... Srag ± 30 mnt, Malam 6-7 Jam</p> <p>Aktifitas : tidak lelah/lelah ... Lelah ⊕</p> <p>Eliminasi : tidak ada masalah/masalah ... BAK sering, BAB lancar</p> <p>Seksual : baik/ada masalah ... 1x/minggu</p> <p>Personal Hygiene : baik/masalah ... Keputihan ⊕</p>
Data Obyektif	<p>Keadaan Umum : Baik/Lemah/Pucat/Kuning</p> <p>TD : 100/90 BB : 63,5 Nadi : 83 Pernafasan : 20 Suhu : 36,5</p> <p>Mata : Conjungtiva merah/Sclera putih/Conjungtiva pucat/Sklera kuning</p> <p>Bibir : Merah/Pucat/Bibir kering/Bibir basah/Kelainan lain-lain</p> <p>Leher : Pembesara kelenjar lymphe/Pembesaran tyroid/Pembesaran vena jugularis/Nyeritekan/Lain-lain</p> <p>Dada : Kesan normal/Tarikan intercosta</p> <p>Detak jantung : 83 x/menit/teratur/tidak teratur/suara lain</p> <p>Paru : Ronchi/Whyzing/Kelainan lain</p> <p>Payudara : Bersih/Kotor/Puting susu menonjol/Puting susu masuk/tanda infeksi/Massa/Nyeri/Lain-lain</p> <p>Abdomen : Besar perut sesuai UK/ada bekas SC/Nyeri tekan lain-lain</p> <p>TFU : 2 jari bawah Pusat (19 cm)</p> <p>DJJ : 140 x/menit teratur</p> <p>Ekstermitas atas/bawah : Kesan normal/varises/oedema/lain-lain</p> <p>Anogenitalia : Bersih/Kotor/Fluor/Lain-lain</p>
Assesment	<p>Diagnosa : G3P2 → UK 22-23 m99</p> <p>Masalah :</p>
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi : 2. KIE : Gizi Seimbang, Jangan Capek, istirahat cukup. 3. Pemberian obat : Vitonal F, Kalk 4. Kunjungan ulang : 1 bulan lagi <p>TTD Bidan</p>
Evaluasi	<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p>

Hb: 12 gr %
 HbsAg: MR
 Al: Meg
 Re: Meg

Catatan Perkembangan

Tanggal	11-03-2021
Data Subyektif	Keluhan: Nyeri selang tangan (+) Pola Keutuhan: Nutrisi : cukup/kurang ..Makan 3x/hr, Minum 12 gelas/hr Istirahat/tidur : cukup/kurang ..Siang 2 Jam, Malam 7-8 Jam Aktifitas : tidak lelah/lelah ..Lelah (-) Eliminasi : tidak ada masalah/masalah ..BAK sering, BAB Lancar Seksual : baik/ada masalah ..1x/minggu Personal Hygiene : baik/masalah ..Keputihan
Data Obyektif	Keadaan Umum : Baik/Lemah/Pucat/Kuning TD : 110/70 BB : 66 Nadi : 86 Pernafasan : 20 Suhu : 36,5 Mata : Conjunctiva merah/Sclera putih/Conjunctiva pucat/Sclera kuning Bibir : Merah/Pucat/Bibir kering/Bibir basah/Kelainan lain-lain Leher : Pembesaran kelenjar lympho/Pembesaran tyroid/Pembesaran vena jugularis/Nyeritekan/Lain-lain Dada : Kesan normal/Tarikan intercosta Detak jantung : ...86... x/menit/teratur/tidak teratur/suara lain Paru : Ronchi/Whyzing/Kelainan lain Payudara : Bersih/Kotor/Puting susu menonjol/Puting susu masuk/tanda infeksi/Massa/Nyeri/Lain-lain Abdomen : Besar/perut sesuai UK/ada bekas SC/Nyeri tekan lain-lain TFU : 3 jari bawah Px (29 cm) DJJ : 138 x/mnt teratur Ekstermitas atas/bawah : Kesan normal/varises/oedema/lain-lain Anogenitalia : Bersih/Kotor/Fluor/Lain-lain
Assesment	Diagnosa : G3P2 — 2 UK 35-36 mgg Masalah :
Pelaksanaan	1. Informasi : 2. KIE 3. Pemberian obat : Solfitron, Kalk 4. Kunjungan ulang : TTD Bidan
Evaluasi	S : O : A : P :

Catatan Perkembangan

Tanggal	09-09-2021
Data Subyektif	<p>Keluhan : kencing 2</p> <p>Pola Keutuhan :</p> <p>Nutrisi : cukup/kurang <u>Makan 3x/hr, Minum 12 gelas/hr</u></p> <p>Istirahat/tidur : cukup/kurang <u>Siang 1 Jam, Malam 7 Jam</u></p> <p>Aktifitas : tidak lelah/lelah <u>Lelah ⊖</u></p> <p>Eliminasi : tidak ada masalah/masalah <u>BAK sering, BAB lancar</u></p> <p>Seksual : baik/ada masalah <u>1x/minggu</u></p> <p>Personal Hygiene : baik/masalah <u>keputihan ⊖</u></p>
Data Obyektif	<p>Keadaan Umum : Baik/Lemah/Pucat/Kuning</p> <p>TD : $\frac{110}{70}$ BB : 67,1 Nadi : 82 Pernafasan : 20 Suhu : 36,5</p> <p>Mata : Conjunctiva merah/Sclera putih/Conjunctiva pucat/Sklera kuning</p> <p>Bibir : Merah/Pucat/Bibir kering/Bibir basah/Kelainan lain-lain</p> <p>Leher : Pembesaran kelenjar lymphe/Pembesaran tyroid/Pembesaran vena jugularis/Nyeritekan/Lain-lain</p> <p>Dada : Kesan normal/Tarikan intercosta</p> <p>Detak jantung : 82 x/menit/teratur/tidak teratur/suara lain</p> <p>Paru : Ronchi/Whyzing/Kelainan lain</p> <p>Payudara : Bersih/Kotor/Puting susu menonjol/Puting susu masuk/tanda infeksi/Massa/Nyeri/Lain-lain</p> <p>Abdomen : Besar perut sesuai UK/ada bekas SC/Nyeri tekan lain-lain</p> <p>TFU : 32 cm</p> <p>DJJ : 128 x/mnt, teratur</p> <p>Ekstermitas atas/bawah : Kesan normal/varises/oedema/lain-lain</p> <p>Anogenitalia : Bersih/Kotor/Fluor/Lain-lain</p>
Assesment	<p>Diagnosa : G3P2 — 2 UK 39 mgg</p> <p>Masalah :</p>
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> Informasi : VT: belum ada pembukaan KIE Pemberian obat : BI, obat yg masih ada harus dihabiskan Kunjungan ulang : 5 hari <p>TTD Bidan</p>
Evaluasi	<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p>

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Nama Pemeriksa, Tempat Pelayanan, Paraf	Tgl	Keluhan	U.K (mg)	BB (kg)	TD (mmHg)	LILA (cm)	Tinggi Fundus (cm)
	28/08	mual ⊕ muntah ⊕ Pusing ⊕ telat haid	8 mgg	61	110/70	27	belum teraba
	05/10	TAA	13 mgg	62	100/70		2 jari atas symp
	09/12	Kram perut bawah ⊕	22-23 mgg	63,5	100/70		2 jari bawah pusat
	11/03	nyeri selang kangan ⊕	35-36 mgg	66	110/70		3 jari bawah Px (29 cm)
	04/04	kenceng 2 ⊕	39 mgg	67,1	110/70		32 cm

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Letak Janin, DJJ	Imunisasi	Tablet Tambah Darah	Lab	Analisa	Tata Laksana	Konseling
-	TTS	Fe	PP test ⊕	Kalk, B6, Pamol, Antasid	- KJE - kunjungan ulang 1 bln. - obat	Gizi Seimbang
				habiskan obat yg		
				masih aba		
140 x/mnt teratur		Fe	Hb: 12,91% HbsAg: NR Albumin: Neg Reduksi: Neg	Kalk, Antasid Vitonal F	- KJE Gizi Seimbang - KJE istirahat - Tidak boleh lelah - kunjungan ulang 1 bln	
138 x/mnt teratur			Hb: 12,91% HbsAg: NR Albumin: Neg Reduksi: Neg	Solfiron, Kalk, Antasid	- Istirahat - Tidak boleh lelah - Gizi Seimbang - Semacam hamil - Obat - kunjungan ulang 2 minggu	
138 x/mnt teratur			Hb: 11,5 gr % HbsAg: NR Albumin: Neg Reduksi: Neg	Obat dihabiskan + B1	- Jabra 3 - Pijam 30 mm - Merawat payudara - Anjurkan hid. seksual - Tidur miring - Obat - kunjungan ulang 5 hari	

Lampiran 11 Lembar Persetujuan Tindakan Medis



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
SUPRAPTI, SST., M. Kes
Jl. Raya Domas RT 02
Kecamatan Menganti Kabupaten Gresik



Bidan Delima
PELAYANAN BERKUALITAS

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tn. Hendrik Setang
Umur/Kelamin : 27 th / LK
Alamat : Domas RT 02 (Kos)
Bukti diri/KTP : 3525132710920010

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa * PERTOLONGAN PERSALINAN NORMAL
Terhadap diri saya sendiri/ (s)suami/anak/ayah/ibu saya dengan *

Nama : Mly. Navi Sabuna
Umur/Kelamin : 28 th / PR
Alamat : Domas RT 02 (Kos)

Bukti diri/KTP : 3525135707930004
Dirawat di : PMB Suprapti, SST., M. Kes
Nomor rekam medis/register : 75/20

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh bidan dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan

Gresik, Tgl. 08 Bulan 09 Tahun 2021

Saksi-saksi
Tanda tangan

Bidan
Tanda tangan

Yang membuat pernyataan
Tanda Tangan

1. (Twelvi Desimbrang)
Nama jelas

(Suprapti, SST., M. Kes)
Nama jelas

(Hendrik Setang)
Nama jelas

2. (.....)
Nama jelas

Lampiran 12 Lembar Penapisan



**PRAKTEK MANDIRI BIDAN
SUPRAPTI, SST., M. Kes**
J. Raya Domas RT 02
Kecamatan Menganti Kabupaten Gresik



LEMBAR PENAPISAN

No.	Penyulit	Ya	Tidak
1	Riwayat Bedah Sesar		✓
2	Perdarahan Pervaginam		✓
3	Kehamilan Kurang Bulan		✓
4	Ketuban Pecah dengan Mekonium Kental		✓
5	Ketuban Pecah Lama (>12 Jam)		✓
6	Ketuban Pecah dengan Kehamilan Kurang Bulan		✓
7	Ikterus		✓
8	Anemia Berat		✓
9	Pre Eklampsia / Eklampsia		✓
10	Tinggi Fundus Uteri > 40 cm dan < 25 cm		✓
11	Demam > 38°C		✓
12	Gawat Janin		✓
13	Presentase Bukan Belakang Kepala		✓
14	Tali Pusat Menumbung		✓
15	Gemeli		✓
16	Presentase Majemuk		✓
17	Primipara Fase Aktif Palpasi 5/5		✓
18	Shock		✓
19	Hipertensi		✓
20	Kehamilan Dengan Penyulit Sistemik (Asma, DM, Jantung, Kelainan Darah)		✓
21	Tinggi Badan < 140 cm		✓
22	Kehamilan Di luar Kandungan		✓
23	Posterm Pregnancy		✓
24	Partus Tak Maju (Kala I Lama, Kala II Lama, Kala II Tak Maju)		✓
25	Kehamilan Dengan Mioma Uteri		✓
26	Kehamilan Dengan Riwayat Penyakit Tertentu (Hepatitis, HIV)		✓

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 08-04-2021
- Nama bidan : Suprati, SST, M. Kes
- Tempat persalinan :
Rumah Ibu Puskesmas
Polindes Rumah Sakit
Klinik Swasta Lainnya : PMB
- Alamat tempat persalinan : Jl. Domas Ktos Menganti
- Catatan : rujuk, kala :
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
bidan teman teman
suami dukun
keluarga tidak ada

KALA I

- Partograf melewati garis waspada: Ya
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Epistotomi
 indikasi Perineum kaku
Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 suami dukun
keluarga tidak ada
teman
- Gawat janin
Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
- Distos a bahu
Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III 8 menit.
- Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
 Ya Waktu : 1 Menit sesudah persalinan
Tidak, alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
Ya, alasan :
- Tidak
- Penggunaan 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
1	00.13	120/80	87	36.7	2 jari ↓ Pusat	Keras	kosong	-
	00.28	120/80	90	36.7	2 jari ↓ Pusat	Keras	Kosong	-
	00.43	120/80	90	36.7	2 jari ↓ Pusat	Keras	Kosong	-
	00.58	120/80	85	36.5	2 jari ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 25 ml
2	01.28	110/90	87	36.5	2 jari ↓ Pusat	Keras	Kosong	-
	01.58	120/80	86	36.5	2 jari ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 15 ml

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :

Bagaimana Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 Ya
Tidak, alasan :

- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan
a.
b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya Tidak
a.
b.
c.
- Laserasi :
 Ya, dimana Murex vagina, komisura Perineum
Tidak Puuh perineum, otot perineum
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 2 3 / 4
Tindakan :
Penjahitan dengan / tanpa anestesi
Tidak dijahit, alasan :
- Atonia uteri :
Ya, tindakan :
a.
b.
c.
 Tidak
- Jumlah perdarahan : ± 200 ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan 3.900 gram
- Panjang 51 cm.
- Jenis kelamin L / P
- Penilaian bayi baru lahir baik / ada penyulit
- 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.
- Pemberian ASI
 Ya Waktu : 1 jam setelah bayi lahir
Tidak, alasan :
- Masalah lain, sebutkan :

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

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

PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:

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

36

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

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

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 09/04 ²¹	Tgl: 14/04 ²¹	Tgl: 22/04 ²¹
Berat badan (gram)	3.900 gr	3.800 gr	4.000 gr
Panjang badan (cm)	51 cm	53 cm	59 cm
Suhu (°C)	36,5 °C	36,8 °C	36,8 °C
Frekuensi nafas (x/menit)	46 x/mnt	42 x/mnt	42 x/mnt
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	135 x/mnt	128 x/mnt	132 x/mnt
Keluhan	TAA	TAA	TAA
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	Ya	Ya	Ya
Memeriksa status imunisasi Hepatitis B, BCG, Polio 1	Ya	Ya	Ya
Menilai masalah atau keluhan lain	Ya	Ya	Ya
Klasifikasi			
Tindakan (terapi/ rujukan/ umpan balik)	-	-	-

Bagi daerah yang sudah melakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)			
• SHK Ya/ Tidak	-	-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
• Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Nama Pemeriksa	El twelvi	El twelvi	El twelvi

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

Lampiran 15 Lembar 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)
	Tgl: 09/04 ²¹	Tgl: 11/04 ²¹	Tgl: 13/05 ²¹
Kondisi ibu secara umum	K/u cukup	F/u Baik	F/u Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	TD: 110/70 S: 36,8 H: 82 RR: 20	TD: 110/70 S: 36,5 H: 90 RR: 20	TD: 110/70 S: 36,7 H: 89 RR: 20
Perdarahan pervaginam	Normal	Normal	Normal
Kondisi perineum	Normal	Normal	Normal
Tanda infeksi	Tdk ada	Tdk ada	Tdk ada
Kontraksi uteri	peras	Normal	Normal
Tinggi Fundus Uteri	2 Jr ↓ Pusat	tingh sym-pst	tdf teraba
Lokhia	Kubra	Sanguinolenta	Alba
Pemeriksaan jalan lahir	Normal	Normal	Normal
Pemeriksaan payudara	ASI sdh keluar	Normal	Normal
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	✓	✓	✓

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Kunjungan Nifas / Tanggal	Catatan Dokter/Bidan
Kunjungan Nifas 1 (KF1) Tgl: 09/21/04	<ul style="list-style-type: none"> - Cara Menyusui yg benar, istirahat - Nutrisi diperbaiki → Gizi seimbang - Penanganan nyeri nifas, tanda bahaya - Kunjungan ulang 1 mgg / jk ada keluhan
Kunjungan Nifas 2 (KF2) Tgl: 19/21/04	<ul style="list-style-type: none"> - Cara Menyusui yg benar - Nutrisi gizi seimbang - Gerakan senam nifas - Kunjungan ulang 40 hari / jk ada keluhan
Kunjungan Nifas 3 (KF3) Tgl: 13/05/21	<ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan ASI Eksklusif - Segera KB - Jadwal Imunisasi

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

**Berli tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 16 Lembar MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda)

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal Kunjungan : <u>09-04-2021</u> Alamat : <u>Jl. Domas RT 02 (Kor), Menganti</u> Nama Bayi : <u>Bu. "G"</u> <u>(1) P</u> Nama Ibu : <u>My. "M"</u> Tanggal Lahir/Umur : <u>08-04/21 / 1 hr</u> BB: <u>3.900</u> gram PB : <u>51</u> cm Suhu: <u>36,5°C</u> Bayi sakit apa? <u>tidak sakit</u> Kunjungan Pertama <input checked="" type="checkbox"/> Kunjungan Ulang <input type="checkbox"/> KN <u>(1) 2 / 3</u>		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua <input type="radio"/> • Ada riwayat kejang <input type="radio"/> • Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali <input type="radio"/> • Hitung napas dalam 1 menit <u>46</u> kali / menit. Ulangi jika ≥ 60 kali / menit. • Hitung napas kedua <u>47</u> kali / menit. Apakah : Napas cepat (≥ 60 x/menit), atau <input type="radio"/> Napas lambat (< 40 x/menit) <input type="radio"/> • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat <input type="radio"/> • Suhu tubuh $\geq 37,5^\circ\text{C}$ <input type="radio"/> • Suhu tubuh $< 36,5^\circ\text{C}$ <input type="radio"/> • Mata berranah : Banyak <input type="radio"/> Sedikit <input type="radio"/> • Puser kemerahan <input type="radio"/> • Puser kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm <input type="radio"/> • Puser berranah <input type="radio"/> • Ada pustul di kulit <input type="radio"/>	Mungkin Bukan Infeksi	- Ajari Ibu cara me- rawat bayi di- runyah - Lakukan asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA IKTERUS • Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) <input type="radio"/> • Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari <input type="radio"/> • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari <input type="radio"/> • Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki <input type="radio"/> • Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki <input type="radio"/>	Tidak ada Ikterus	- lakukan asuhan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE ? Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/> • Bayi sudah diare selama <u> </u> hari <input type="radio"/> • Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali / Letargis <input type="radio"/> - Gelisah atau rewel <input type="radio"/> • Mata cekung <input type="radio"/> • Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) <input checked="" type="radio"/> -segera <input checked="" type="radio"/> - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)	Diare Tanpa Dehidrasi	- Tangani sesuai rencana terapi A - Lakukan asuhan dasar bayi muda
MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> - Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <input type="radio"/> Negatif <input checked="" type="radio"/> - Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah <input type="radio"/> Belum <input type="radio"/> - Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> • Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV ? Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> - Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <input type="radio"/> Negatif <input type="radio"/> - Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV ? Sudah <input type="radio"/> Belum <input type="radio"/> • Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> 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
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM • Berat badan menurut umur : - Rendah ≤ -2 SD <input type="radio"/> - Tidak rendah > -2 SD <u>3.900 gr</u> • Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="radio"/> Tidak <input type="radio"/> Jika "Ya", - Berapa kali dalam 24 jam ? <u>sefrengkal</u> - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/> Jika "Ya", apa yang diberikan ? <u> </u> berapa kali dalam 24 jam ? <u> </u> kali, alat apa yang digunakan : botol atau cangkir ?	Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI	- Lakukan asuhan dasar bayi muda - Pujilah Ibu, karena telah membentah minum pada bayinya dg benar
Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI, • 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. (<u>Posisi Benar</u>) - <u>Posisi Salah</u> • Lihat apakah perlekatan baik : Daggu 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 efektif</u>)		

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan) • 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 - <u>Mengisap dengan efektif!</u>	Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI	- lakukan arahan dalam bayi muda - pujilah ibu, karena telah memberi dan minum pada bayinya dg benar
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	→	Vit K1 diberikan hari ini _____
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <u>09/21</u> BCG _____ Polio - 1 _____	→	Imunisasi yang diberikan hari ini : _____
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN TAA		
TAA		Nasihati kapan kembali segera Kunjungan Ulang : <u>7</u> hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU TAA		

Supropti, SST, M. Kes
 Nama Pemeriksa

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 17/04/2021 Alamat : Jl. Dama RT 02 (kos), Mengant
 Nama Bayi : By. "G" P Nama Ibu : M. "H"
 Tanggal Lahir/Umur : 08-04/21 / 9hr BB: 3.800 gram PB : 53 cm Suhu: 36.8 °C
 Bayi sakit apa? tidak sakit Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang KN : 1 3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI</p> <ul style="list-style-type: none"> Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua <input checked="" type="checkbox"/> Ada riwayat kejang <input checked="" type="checkbox"/> Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali <input checked="" type="checkbox"/> Hitung napas dalam 1 menit <u>92</u> kali / menit. Ulangi jika ≥ 60 kali / menit. Hitung napas kedua <u>46</u> kali / menit. Apakah : Napas cepat (≥ 60 x/menit), atau <input checked="" type="checkbox"/> Napas lambat (< 40x/menit) <input checked="" type="checkbox"/> Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat <input checked="" type="checkbox"/> Suhu tubuh $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ <input checked="" type="checkbox"/> Suhu tubuh $< 36,5^{\circ}\text{C}$ <input checked="" type="checkbox"/> Mata bermanah : Banyak <input checked="" type="checkbox"/> Sedikit <input checked="" type="checkbox"/> Pusar kemerahan <input checked="" type="checkbox"/> Pusar kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm <input checked="" type="checkbox"/> Pusar bermanah <input checked="" type="checkbox"/> Ada pustul di kulit <input checked="" type="checkbox"/> 	<p>Mungkin Bukan Infeksi</p>	<p>- Ajari Ibu cara merawat bayi di rumah - lakukan asuhan dasar bayi muda</p>
<p>MEMERIKSA IKTERUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) <input checked="" type="checkbox"/> Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari <input checked="" type="checkbox"/> Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari <input checked="" type="checkbox"/> Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki <input checked="" type="checkbox"/> Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki <input checked="" type="checkbox"/> 	<p>Tidak ada Ikterus</p>	<p>- lakukan asuhan dasar bayi muda</p>
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Bayi sudah diare selama <u> </u> hari <input checked="" type="checkbox"/> Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali / Letargis <input checked="" type="checkbox"/> - Gelasah atau rewel <input checked="" type="checkbox"/> Mata cekung <input checked="" type="checkbox"/> Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) <input checked="" type="checkbox"/> - segera <input checked="" type="checkbox"/> - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) 	<p>Diare Tanpa Dehidrasi</p>	<p>- Tangani sesuai rencana terapi A - lakukan asuhan dasar bayi muda</p>
<p>MEMERIKSA STATUS HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> - Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input checked="" type="checkbox"/> - Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah <input type="checkbox"/> Belum <input type="checkbox"/> - Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> - Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> - Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV ? Sudah <input type="checkbox"/> Belum <input type="checkbox"/> Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <p>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.</p>	<p>Mungkin Bukan Infeksi HIV</p>	<p>- Tangani infeksi lainnya jika ada</p>
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat badan menurut umur : - Rendah ≤ -2 SD <input type="checkbox"/> - Tidak rendah > -2 SD <u>3.300</u> gr <input checked="" type="checkbox"/> Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", - Berapa kali dalam 24 jam ? <u>Seti ng</u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya <input type="checkbox"/> 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> <p>Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI,</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <input checked="" type="checkbox"/> Posisi Benar <input type="checkbox"/> Posisi Salah 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 <input checked="" type="checkbox"/> Melekat dengan efektif <input type="checkbox"/> 	<p>Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI</p>	<p>- lakukan asuhan dasar bayi muda - Pujilah Ibu karena telah memberikan minum pada bayinya dg benar</p>

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan) • 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 <u>Mengisap dengan efektif</u>	Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI	- lakukan asuhan dasar bayi muda Pujilah ibu karena telah membarkan minum pada bayinya dg benar
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	→	Vit K1 diberikan hari ini _____
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 _____ BCG _____ Polio - 1 _____	→	Imunisasi yang diberikan hari ini : _____
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN TAA		
TAA		Nasihati kapan kembali segera Kunjungan Ulang : 2 099 hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU TAA		

Supriati, SST, M. Kes
 Nama Pemeriksa

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 22-09-2021 Alamat : Jl. Domas RT02 (K03) Menganti
 Nama Bayi : By. "G" P Nama Ibu : M. "M"
 Tanggal Lahir/Umur : 08/04/21 / 2 mg BB : 4.000 gram PB : 59 cm Suhu : 36.8 °C
 Bayi sakit apa? tidak sakit Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang KN : 1/2/3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI</p> <ul style="list-style-type: none"> Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua <input checked="" type="checkbox"/> Ada riwayat kejang <input checked="" type="checkbox"/> Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali <input checked="" type="checkbox"/> Hitung napas dalam 1 menit <u>42</u> kali / menit. Ulangi jika ≥ 60 kali / menit. <input checked="" type="checkbox"/> Hitung napas kedua <u>44</u> kali / menit. Apakah : Napas cepat (≥ 60 x/menit), atau <input checked="" type="checkbox"/> Napas lambat (< 40 x/menit) <input checked="" type="checkbox"/> Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat <input checked="" type="checkbox"/> Suhu tubuh $\geq 37,5^\circ\text{C}$ <input checked="" type="checkbox"/> Suhu tubuh $< 36,5^\circ\text{C}$ <input checked="" type="checkbox"/> Mata bermanah : Banyak <input checked="" type="checkbox"/> Sedikit <input checked="" type="checkbox"/> Pusar kemerahan <input checked="" type="checkbox"/> Pusar kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm <input checked="" type="checkbox"/> Pusar bermanah <input checked="" type="checkbox"/> Ada pustul di kulit <input checked="" type="checkbox"/> 	Mungkin Bukan Infeksi	- Ajari Ibu cara me-rawat bayi di-rumah - lakukan asuhan dasar bayi muda
<p>MEMERIKSA IKTERUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) <input checked="" type="checkbox"/> Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari <input checked="" type="checkbox"/> Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari <input checked="" type="checkbox"/> Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki <input checked="" type="checkbox"/> Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki <input checked="" type="checkbox"/> 	Tidak ada Ikterus	- lakukan asuhan dasar bayi muda
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Bayi sudah diare selama <u> </u> hari Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali / Letargis <input checked="" type="checkbox"/> - Gelisah atau rewel <input checked="" type="checkbox"/> Mata cekung <input checked="" type="checkbox"/> Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) <input checked="" type="checkbox"/> - segera <input checked="" type="checkbox"/> - Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) 	Diare Tanpa Dehidrasi	- Tangani sesuai rencana terapi A - lakukan asuhan dasar bayi muda
<p>MEMERIKSA STATUS HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> - Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input checked="" type="checkbox"/> Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah <input type="checkbox"/> Belum <input type="checkbox"/> Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah bayi saat berusia 6 minggu pernah dites HIV ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> - Jika "ya", apakah hasilnya : Positif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Jika "positif", apakah bayi sudah mendapatkan ARV ? Sudah <input type="checkbox"/> Belum <input type="checkbox"/> Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <p>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.</p>	Mungkin Bukan Infeksi HIV	- Tangani infeksi lainnya jika ada
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat badan menurut umur : - Rendah ≤ -2 SD <u> </u> - Tidak rendah > -2 SD <u>4.000 gr</u> Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika "Ya", - Berapa kali dalam 24 jam ? <u>12</u> kali - Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya <input type="checkbox"/> 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 ? <p>Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <u>Posisi Benar</u> <u>Posisi Salah</u> Lihat apakah perlekatan baik : Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar - Areola bagian atas tampak lebih banyak <u>Tidak melekat sama sekali</u> - <u>Tidak melekat dengan baik</u> - <u>Melekat dengan efektif</u> 	Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI	- lakukan asuhan dasar bayi muda - Pujilah Ibu karena telah mem-batkan minum pada bayinya dg benar

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan)</p> <p>• 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 (<u>Mengisap dengan efektif</u>)</p>	<p>Berat badan tidak rendah menurut umur dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI</p>	<p>- Lakukan dasar bayi muda - Pupilah Ibu karena telah membenikan minum pada bayinya dg benar</p>
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</p> <p>Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>	<p>⇒</p>	<p>Vit K1 diberikan hari ini</p> <p>_____</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB-0 _____ BCG _____ Polio - 1 _____</p>	<p>⇒</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini :</p> <p>_____</p>
<p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p> <p>TAA</p>		
<p>TAA</p>		<p>Nasihati kapan kembali segera Kunjungan Ulang : <u>2 mg</u> hari</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p> <p>TAA</p>		

Suprati, SST, M. Kes
Nama Pemeriksa

Lampiran 17 Lembar Kartu KB



**PRAKTEK MANDIRI BIDAN
SUPRPTI, S.ST., M. Kes**
Jl. Raya Domas RT 02
Kecamatan Menganti Kabupaten Gresik



No: 339 / 21

KARTU KB

Nama	: Ny. Nivi Sabuna	Nama Suami	: Tn. Hendrik Sekang
Umur	: 28 th	Umur	: 27 th
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Kawin ke	: 1	Kawin ke	: 1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Domas RT02 (Kor) Menganti	No. Telpn	:

STATUS PESERTA KB BARU

1. Jumlah anak hidup : 3
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 risiko HIV / AIDS / PMS
8. Metode ganda untuk akseptor KB yang resiko tertular HIV / AIDS / PMS (pakai kondom)

PEMERIKSAAN FISIK

1. Tekanan darah : 110 / 70
2. Haid terakhir : 10-05-2021
3. Kebiasaan merokok : Ya / Tidak
4. Tentang menyusui : Ya / Tidak
5. Tanggal persalinan terakhir : 08-04-2021
6. Keadaan calon peserta saat ini : Ya / Tidak
 - Sakit kuning : Ya / Tidak
 - Perdarahan Pervaginam : Ya / Tidak
 - Tumor payudara : Ya / Tidak
7. Keluhan : Ya (Gatal, seperti Susu, Busa, Cair) / Tidak
 - Flouralbus : Ya / Tidak
8. Calon Aks. IUD dilakukan pemeriksaan : Ya / Tidak
 - Tanda radang : Ya / Tidak
 - Tumor : Retro / Antefleksi
 - Posisi rahim : Varices, Jengger, Condilo, Bartholinitis
 - Genetalia luar / dalam

9. Alat kontrasepsi yang diberikan : 18-05-2021
 - Tanggal dilayani : 10-08-2021
 - Tanggal dipesan kembali
 - Tanggal dilepas

KUNJUNGAN ULANG

Tgl.	Haid Tgl.	B.B.	Tek. Darah	Keluhan		Tindakan	Tgl. Kembali
				Efek samping	Komplikasi		
18/05	10/05	61	110/70			DP	10-08-2021

PERSETUJUAN PELAYANAN KONTRASEPSI (INFORMED CONSENT)

KB YANG DIPILIH :DP.....

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

Yang Memberi Penjelasan
BIDAN

Suami/Istri
Calon Peserta KB

(SUPRAPTI, SST., M.Kes)

(.....)

Lampiran 18 Lembar Kunjungan Pasien


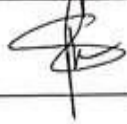


PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK
Jl. Sumatera 101 (GKB), Telp. (031)3951414 Fax (031) 3952585
E-mail : info@umg.ac.id

LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : Twelvi Desimbriana
NIM : 1812.015
Nama Pembimbing : Suprapti, S.ST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1	11-03-2021	Pemeriksaan ANC	
2	04-04-2021	Pemeriksaan ANC	
3	08-04-2021	INC	
4	08-04-2021	Asuhan BBL	
5	09-04-2021	Neonatus 6 Jam	
6	09-04-2021	PNC 6 Jam Postpartum	
7	10-04-2021	Neonatus 24 Jam	
8	17-04-2021	PNC 6 Hari Postpartum	
9	17-04-2021	Neonatus 6 Hari	
10	22-04-2021	PNC 2 Minggu Postpartum	
11	22-04-2021	Neonatus 28 hari	

No.	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
12	13-05-2021	PNC 6 Minggu Postpartum	
13	18-05-2021	KB	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

Lampiran 19 Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir





PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK
 Jl. Sumatera 101 (GKB), Telp. (031)3951414 Fax (031) 3952585
 E-mail : info@umg.ac.id

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Twelvi Desimbriana
 NIM : 1812.015
 Nama Pembimbing : Suprpti, S.ST., M.Kes
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Masa Hamil Sampai Dengan Masa Nifas di PMB Suprpti, S.ST., M.Kes Domas Menganti Gresik

No.	Hari/Tanggal	BAB	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1	07-07-21	Ringkas an	- Pada paragraf 2, tambahkan kapan dilakukan asuhan bisa pakai bulan saja - Pada paragraf 3, kunjungan IM ij dilakukan dimana ?	}
2			- Pada paragraf 3, kata selangkangan diganti lipatan paha - Tambahkan Taksiran Berat Janin (TBJ)	
3			- Tambahkan KIE tentang persiapan persalinan - Pada paragraf 4, tambahkan Placenta lahir spt lengkap	
4			- Tambahkan cara penjahitan (Jelujur) - Pada paragraf 5, tambahkan KIE tentang mobilisasi dini dan senam nifas	
5			- TFU harusnya sudah tidak teraba	
6	12-07-21	BAB iii	- Tambahkan Alamat pada 3.2 - Pembertan obat diganti menjadi pembertan vitamin	}
7			- Tambahkan Jadwal Kunjungan ulang, misal 1 bulan lagi - Riwayat keluhan utama - Pola kebutuhan	
8			- Pengetahuan Ibu - Pelaksanaan dibaca lagi - Kata selangkangan diganti lipatan paha	
9			- Tanggal dan jam dijadikan satu, contoh : 04-04-2021 19.35 s/d 19.43 - tabel dirapikan, ttd px dihilangkan	
10			- Spasi + margin kortas ditata lagi - Betulkan sama dengan yg sudah dr coret	

No.	Hari/Tanggal	BAB	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
11	14-07-21	III	- Riwayat keluhan utama - tambahkan - Pola kebutuhan persalinan - Pola pengetahuan asuhan	
12			Persalinan - Jam dibenarkan lagi - Pelaksanaan asuhan di tata lagi	
13			- KTE mobilitasi, tambahkan berdo'a - tambahkan adanya tanda gejala kala II	
14			- Tabel diperhatikan lagi, pelaksanaannya ter baik. - His hilang timbul bukan His menghilang	
15			- tambahkan mengatur Pola napas - pada Tujuan tambahkan "dan tidak terjadi HPP"	
16			- pada Kala IV tambahkan dilakukannya penjahitan luka perineum derajat 3 dg cara jelujur	
17				
18	16-07-21	III	- Benarkan diagnosa asuhan BBL - Hilangkan kata "Bayi" - Pola kebutuhan neonatus ditambah	
19			- KH asuhan neonatus tambahkan "tidak ada tanda bahaya"	
20			- catatan perkembangan neonatus diperbaiki - waktu pelaksanaan dicermati lagi	
21			- Pola kebutuhan BBL dibenahi - tambahkan cara menyusui yang benar	
22			- Benahi aktivitas Ibu - Ganti antibiotik pada obat Ibu - tambahkan KB yang lain	
23			- imunisasi Polio diganti BCG - Waktu pemberian ASI dicermati lagi	
24			- Pelaksanaannya diurutkan sesuai pola kebutuhan - Keluhan utama K3 + riwayat	
25			- Pemeriksaan fisik pada abdomen pada asuhan KB + ketak	
26			- Pelaksanaan asuhan KB dibenahi lagi	

27	18-07-21	Pembahasan	- Tata urutan pembahasan (Teori, hasil, Opini) - Tambahkan teori penanganannya	}
28			- lanjut pembahasan → hasil, teori, opini u/ ITC dll - lampiran teruskan	
29			- Tambahkan opini - sumber teori - partograf harus sesuai	
30	18-07-21		Ace. uji ujia	}
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				

Lampiran 20 Lembar Berita Acara Perbaikan Laporan Tugas Akhir



FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK
 Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 398429 / Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Twelvi Desimbriana
 NIM : 1812.015
 Nama Ketua Penguji : Sulastri, SST., M.Kes
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Suprapti, SST., M.Kes Domas Menganti Gresik
 Tanggal : 26 Juli 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	26-Juli-2021	BAB III Tinjauan Kasus	142	Keluhan nyeri pada lipatan paha disebabkan karena apa ? Jelaskan!	Sudah Revisi
			133,137, 139, 143	Pada judul asuhan kehamilan trimester I, II, dan III tambahi Usia Kehamilan.	Sudah Revisi
			141 dan 145	- Pemeriksaan fisik pada pemeriksaan abdomen tambahkan konvergen atau divergen. - Pemeriksaan penunjang tambahkan pemeriksaan HIV dan Sifilis	Sudah Revisi
			136 s/d 176	Semua tabel pelaksanaan bagian TTD Bidan diganti pelaksana saja	Sudah Revisi
			167	Kata menjemur bayi diganti	Sudah Revisi
			170	- Kata tidak boleh tarak diganti - Kata terapi diganti, karena terapi itu untuk dokter	Sudah Revisi
			171	Tambahkan jadwal imunisasi IPV	Sudah Revisi
			179	Tambahkan Penapisan kontrasepsi yang dipakai ibu	Sudah Revisi
2	26-Juli-2021	BAB IV Pembahasan	181 s/d 191	- Semua fakta, teori dan opini harus sesuai - Tambahan pemberian obat pada fakta - Pada Asuhan Trimester II Hb ibu samakan dengan di data awal - Tambahkan referensi Sarwono - Kata tidak boleh tarak	Sudah Revisi

				diganti dengan tidak boleh pantang makanan - Berikan konseling KB di Era Baru	
3	26-Juli-2021	Lampiran	199 s/d 238	Tambahkan lampiran berita acara LTA	Sudah Revisi

Gresik, 26 Juli 2021
Ketua Penguji



Sulastri, S.ST., M.Kes
NIDN. 0731106001





**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK**
Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 398429 / Fax. (031) 3976801

BERITA ACARA PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Twelvi Desimbriana
NIM : 1812.015
Nama Penguji I : Endah Mulyani, S.ST., M.Kes
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Masa Hamil Sampai Pelayanan Keluarga Berencana di PMB Suprapti, S.ST., M.Kes Domas Menganti Gresik
Tanggal : 25 Juli 2021

No	Tanggal	BAB	Hal	Sebelum Revisi	Sudah Revisi
1	29-Juli-2021	Lembar Pengesahan	iii	NIP diganti NIDN saja	Sudah Revisi
2	29-Juli-2021	Surat Pernyataan	iv	Tanggalnya diganti waktu membuat surat pernyataan tersebut.	Sudah Revisi
3	29-Juli-2021	Kata Pengantar	ix	Kata Proposal di hapus	Sudah Revisi
4	29-Juli-2021	Daftar Isi	x	- Typo dibenahi - Kata proposal dihapus - Jarak daftar isi spasi 1	Sudah Revisi
5	29-Juli-2021	Daftar Singkatan	xvii	Typo dibenahi	Sudah Revisi
6	29-Juli-2021	BAB III Tinjauan Kasus	134 dan 125	- Pada Asuhan Kehamilan Trimester I, IMT harusnya dihitung BB awal kehamilan - Tabel riwayat persalinan di benahi lagi, dicocokkan dengan data yang sebenarnya	Sudah Revisi
7	29-Juli-2021	BAB IV Pembahasan	188	Pada Asuhan Kala IV tambahkan KIE cara menilai dan massage uterus, juga tanda bahaya pasca persalinan	Sudah Revisi

Gresik, 29 Juli 2021
Penguji I

Endah Mulyani, SST., M.Kes
NIDN. 0714019102