

**LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Laporan Tugas Akhir

**JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR  
ASUHAN KEBIDANAN  
PADA NY "A" MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA NIFAS  
DI PMB SRI RULIHARI, S.ST., M.KES SEKAPUK TAHUN 2019**

No	Kegiatan	Februari				Maret				April					Mei				Juni				Juli				Agustus		
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	
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 Lahan Praktik



### AKADEMI KEBIDANAN DELIMA PERSADA GRESIK

Terakreditasi B. SK. No : 0071/LAM-PT Kes/Akr-Dipl/IX/2015  
Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249 / Fax. (031) 3976801  
E-mail : delimapersada\_gresik@yahoo.com

Nomor : 258 /ADP/A/III/2019  
Perihal : Permohonan Lahan Praktek  
Lampiran : 1 benda

Yth. Ibu Sri Rulihari, S.ST.,M.Kes  
di  
Gresik

Assalamu'allaikum wr.wb.

Dengan ini kami sampaikan permohonan lahan praktik penyusunan Laporan Tugas Akhir dari mahasiswa dengan keterangan sebagai berikut:

No.	NIM	Nama Mahasiswa
1	1610.012	Kholifatul Jannah
2	1610.021	Nurahma
3	1610.022	Nurul Fitriyah
4	1610.024	Putri Azlina

Mohon dapat memberikan bantuan dalam pemilihan pasien dengan kehamilan fisiologis dengan 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'allaikum wr.wb.

Mengatahui,  
Direktur  
  
Suprapti, S.ST.,M.Kes

Wakil Direktur I  
  
Luluk Yuliati, S.SiT.,MPH

### Lampiran 3 Surat Balasan Permohonan Lahan Praktik



**BIDAN PRAKTEK MANDIRI**  
**Hj. SRI RULIHARI, S.ST., M.Kes**  
**Nomor SIPB : 446 / 1010 / 403.52 / 2008**  
**DESA SEKAPUK KECAMATAN UJUNG PANGKAH GRESIK**



**Bidan Delima**  
PELAJARAN BERQUALITAS

Gresik, 04 Maret 2019

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

Kepada

Yth. Direktur Akademi Kebidanan  
Delima Persada Gresik

Di tempat

Dengan hormat,

Membalas surat saudara perihal permohonan lahan praktek untuk laporan Tugas Akhir oleh Mahasiswa Akademi Kebidanan Delima Persada Gresik. Maka dengan ini kami menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Putri Azlina  
NIM : 1610.024  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Masa Hamil Sampai Masa Nifas  
Di BPS Hj. Sri Rulihari., S. ST., M.Kes Desa Sekapuk Gresik.

Telah betul – betul melakukan praktik diwilayah kerja kami di BPS Hj. Sri Rulihari., S. ST., M.Kes Desa Sekapuk Ujung Pangkah Gresik.

Bidan Praktek Mandiri

  
Hj. Sri Rulihari., S. ST., M.Kes.

## Lampiran 4 Surat Permohonan Menjadi Responden

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Ibu yang saya hormati,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :  
Nama : Putri Azlina  
NIM : 1610.024

Adalah mahasiswa Akademi Kebidanan Delima Persada Gresik. Sebagai pernyataan kelulusan di semester 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 kami dapatkan selama lima semester pembelajaran teori dan praktik. Oleh karena itu, saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden, dan saya beri asuhan kebidanan (pemeriksaan dan perawatan) pada saat kehamilan sampai dengan selesai masa nifas. Semua data yang saya dapatkan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

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

Gresik, 20 Maret 2019

Mahasiswa



PUTRI AZLINA

NIM : 1610.024

## Lampiran 5 Surat Persetujuan Sebagai Responden

### PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Agustin Nailiyah F.S.

Umur : 29 tahun

Pekerjaan : IRT

Alamat : Sekapuk

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

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

Gresik, 20 Maret 2019

Responden

  
(Agustin Nailiyah)

## Lampiran 6 Kartu Status Ibu Hamil



**BIDAN PRAKTEK MANDIRI  
SRI RULIHARI, SST, M.Kes**  
Ds.Sekapuk - Kec.Ujung Pangkah - Gresik  
Telp. (031) 3949657



### STATUS IBU HAMIL

No. : 114 / KIA / 2018

Nama : NY. AGUSTIN NAILIYAH F.S.	Nama Suami : TR. RIZAL ARIFIANTO
Umur : 29 th.	Umur : 29 th.
Agama : ISLAM	Agama : ISLAM
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : GURU
Alamat : SEKAPUK 2/5	Telpon : 081 553 296 949

### RIWAYAT KEHAMILAN

Anak Ke-	APIAH	Umur Anak	P / L	BBL	Cara Persalinan	Penolong	Tempat Persalinan	Keterangan
1.		5th.	P	3700 gr	Spt B	Bidan	BPS	selai
2.	H	A	M		L			
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

### RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G : i P : 1-1 HPHT : 19 - 06 - 2018 RR / RT / RST  
 K.U.  
 Muntah-muntah  
 Pusing-pusing  
 Nyeri Perut  
 Nafsu Makan  
 Pendarahan  
 Penyakit Yang diderita  
 Riwayat Penyakit Keluarga  
 Kebiasaan  
 Keluhan  
 Pasangan Seksual Istri  
 Pasangan Seksual Suami  
 Mendiskusikan HIV / AIDS & PMS

Biasa / Terus Menerus  
 Biasa / Terus Menerus (Kadang-kadang)  
 Ada / Tidak  
 Baik / Menurun  
 Ada / Tidak  
 Paru / DM / Jantung / Epilepsi / Hati / Psikosis / Ginjal / Malaria.  
 Hipertensi / DM / KP / Jantung / Epilepsi / Gemelli / Psikosis / Cacat Bawaan  
 Merokok Minuman Keras / Narkotik / Obat Penenang (Sugamii),  
 Fluor Albus (Gatal, Berbau, Seperti Susu, Busa Cair)  
 Satu / Lebih Dari Satu  
 Satu / Lebih Dari Satu

9/19 TR USG : 18 - 04 - 2019  
 3

### PEMERIKSAAN

Bentuk Tubuh	: Normal / Kelainan / Abnormal	Paru	: Normal / Bentuk Dada
Kesadaran	: Baik / Ada Gangguan	Jantung	: Nafas Normal / Sesak
Mata	: Normal / Kuning / Pucat	Hati	: Normal / Pembesaran
Leher	: Besar / Tidak	Suhu Badan	: Normal / Demam
Payudara	: Normal / Ada Benjolan / Kemerahan / Putting Masuk	Genitalia Luar/Dalam	: Varises / Jengger / Condilo / Bartholinitis

Tinggi Badan : ..... cm LILA : ..... cm  
Pemeriksaan Lab : .....

### Pemeriksaan Lab :

Tgl.: 1.

3

### Jenis 1

LILA : ..... cm

2

3

3

2

2

2.

2.

3.

1318<sup>3.</sup>

88888

.....

## PEMERIKSAAN KEHAMILAN

Tgl.	BB	Tekanan Darah	Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan	Letak Janin	DJJ	Oed	Keluhan	Therapie/penyaluhan
5/9/18	69	130/75	23 cm Synapsis	11 wks	Ralt (+)	-	-/-	pusing .	Normaik peraxant dipiron
9/10/18	69	122/70	PTF dilatatur sum - PTF	16 wks	latal (-)	④ 153 x 5m central	-/-	temas	vitalia - F calciferous camptes leukoplakia
13/10/18	76	120/70	PTF dilatatur sum - PTF (18 cm)	25/26 wks	lettkep y	④ 151 x 5m puki	-/-	tara	
27/10/18	79/15	124/81	PTF dilatatur sum - PTF (20 cm)	32/33 wks	lettkep y	④ 150 x 5m puki	-/-	tara.	PTF dilatatur sum - PTF camptes leukoplakia
17/11/18	83	132/69	per fungsi akut PTF - PTF (20cm)	38 wks	lettkep ✓	142 x 5m puki	-/-	tara.	all nahrin neuronde
23/11/18	83	120/73	PTF dilatatur sum - PTF (20cm)	39/40 wks	lettkep ✓	④ 148 x 5m	-/-	tara.	pro usg

**PERSETUJUAN PELAYANAN PEMERIKSAAN HAMIL**  
**(INFORMED CONSENT)**

Kami yang bertanda tangan dibawah ini nama : .....

Setelah mendapat penjelasan dan mengerti sepenuhnya segala hal-hal yang berkaitan dengan kehamilan serta setelah kami sepakati berdua (suami / istri), bersama ini kami menyatakan secara sukarela untuk merekamkan kehamilan saya pada bidan :

Yang Memberi Penjelasan  
Bidan

Yang Menyatakan

SRI RULIHARI SST M.Kes

## Lampiran 7 Hasil Pemeriksaan Pada Buku KIA

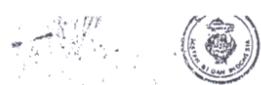




Lampiran 8 Skrining KSPR

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN						
Nama : Anisah Rauliyah - T.S 15/06 18 Hamil ke 1 Haid terakhir tgl : Pendidikan ibu : SMA Pekerjaan ibu : IRT			Umur Ibu: 29 Th. 26/12 Perkiraan persalinan tgl: Suami : SMA Suami : Guru			
KEL. F.R	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan		
				I	II	III
		Skor Awal ibu Hamil	2	2		
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4			
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 Th b. Terlalu tua, hamil I > 35 Th	4			
	3	Terlalu cepat hamil lagi (<2 Th)	4			
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 Th)	4			
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4			
	6	Terlalu tua, umur > 35 Th	4			
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4			
	8	Pernah gagal kehamilan	4			
	9	Pernah Melahirkan dengan	4			
	10	a. Tanam tang/vakum b. Uri dirogh c. Diberi infus/Transfusi	4			
II	11	Penyakit pada ibu hamil - a. Kurang darah      d. Malaria c. TBC Paru      e. Payah Jantung e. Kencing manis (Diabetes ) f. Penyakit Menular Seksual	4			
	12	Bengkak pada muka/tangan dan tekanan darah tinggi	4			
	13	Hamil kembang 2 atau lebih	4			
	14	hamil Kembang air (hidramion)	4			
	15	Bayi mati dalam kandungan	4			
	16	Kehamilan lebih 6 bulan	4			
	17	Letak sungang	5			
	18	Letak lintang	5			
	19	Pendarahan dalam kehamilan id	5			
	20	Pre-Nilampsia Berat/Kehamilan yang	5			
JUMLAH SKOR				2		
PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA						
JML. SKOR	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
	KEL. RISIKO	PERA- WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	RDB RDR RTW
6~10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER	
>12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	2. lain-lain
Kematian ibu dalam kehamilan :						1. Abortus

## Lampiran 9 Persetujuan Tindakan Medis

 **BIDAN DILAM DAWASIA**  
Hj. Sri Bulihari, SST  
Nomor SIPB: 446 / 1010 / 403.52 / 2008  


**PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **RIZAL ARIFIANTO**  
Umur/Kelamin : **30 / L**  
Alamat : **RT 02 RW 05 Sekapuk**  
Bukti diri / KTP : .....

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan medis berupa \* **TINDAKAN PERSALINAN**. Terhadap diri saya sendiri / istri / suami / anak / ayah / ibu saya, dengan \*

Nama : **AGUSTIN NAILIYAH F.S**  
Umur / Kelamin : **29 / P**  
Alamat : **RT 02 RW 05 Sekapuk**  
Bukti diri / KTP : .....

Dituliskan di : .....  
Nomor rekam medis / register : .....

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. 01 Bulan APRIL Tahun 2019

Saksi-saksi  
Tanda tangan  
(.....)  
nama jelas

Bidan  
Tanda tangan  
(.....)  
nama jelas

Yang membuat pernyataan  
Tanda tangan  
(.....)  
nama jelas

(.....)  
nama jelas

2. **GRESIK**

\* Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan  
\* Lingkari dan Coret yang lain

## Lampiran 10 Pernyataan Penolakan Tindakan Medis



BIDAN PRAKTEK SWASTA  
Hj. Sri Rulihari, S.ST  
Nomor SIPB: 446 / 1010 / 403.52 / 2008



### PERNYATAAN PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:  
Nama : Agustin Nailiyah F.  
Umur / Kelamin : 29 / P  
Alamat : RT 02 RW 05 Sekapuk

Menyatakan bahwa saya tidak setuju dilakukan tindakan medis berupa.....  
Penolakan Upname 24 Jam Dengan alasan.....

Terhadap diri saya sendiri / istri / anak / ayah / ibu saya dengan  
Nama : Agustin Nailiyah F.  
Umur / Kelamin : 29 / P  
Alamat : RT 02 RW 05 Sekapuk  
Dirawat di :  
No. Register :

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup di jelaskan oleh bidan dan telah saya mengerti sepenuhnya.  
Demikian pernyataan/persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Penolakan

Gresik Tgl 02 Bulan April Tahun 2019

Saksi-saksi  
Tanda tangan

(.....)  
nama jelas

Bidan  
Tanda tangan

(.....)  
nama jelas

Yang membuat pernyataan  
Tanda tangan

(.....)  
nama jelas

2.....

(.....)  
Nama Jelas

- > Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan
- > Lingkari dan coret yang lain

## Lampiran 11 Penapisan

## Lampiran 12 Lembar Observasi



### BIDAN PRAKTEK SWASTA

Hj. Sri Rulihari Amd. Keb  
Nomor SIPB : 445/53/HK/403.14/2003



### LEMBAR OBSERVASI

#### A. MASUK KAMAR BERSALIN ANAMNESE

Tgl : 01 - 09 - 2019 Jam : 14.30 wib.  
Hrs mulai tgl : 01 - 09 - 2019 Jam : 16.30 wib.

Darah

Lendir

Ketuban pecah belum

keluhan lain

Tensi

Suhu/ Nadi

Oedema

Lain-lain

1. Palpasi

2. Dij

3. His 10"

4. VT Tgl

5. Hasil

6. Pemeriksa

#### B. KEADAAN UMUM

#### C. PEMERIKSA OBSTETRI

S : Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng dari jam 16.30 wib. Dan kewar leher batuk.

O : Ttu : TO : 130/80 mmhg, N : 82 x / min. S : 36,7 °C . RR : 19 x / min.  
Palpasi Ttu pertengahan pusat - Px 130 cm, Putih, tetekp b.

Dij : 146 x / min.

His : 3 x selama 10'

VI: v/v taa. Portio lunak, Ø 9 cm, DPF 45% - ket (+) H1.

A : Gigi PI 000AF uk 38 rungu/A/T/H/ ut/ tetekp b/ kesan panggul normal / HU  
- Ibu masih jalin baik dengan lipartu kala I fase aktif

- P :  
  - Obs. CHPB
  - Ajarkan teknik relaksasi
  - Anjurkan ibu tidak nuring kiri, berjalan atau bojongkok" di sekitar ruangan
  - Penulis nutrisi ibu

#### OBSERVASI KALA I (Fase laten 0 < 4 CM)

Tanggal	Jam	His dalam 10"		Dij	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
01-09-2019	20.00	4 x	40'	140 x / m.			82		
	20.30	4 x	40'	143 x / m.			80		s. Ibu mengatakan perutnya sedikit sakit & kringin meneran.
	21.00	4 x	40'	150 x / m.			80		
	21.30	4 x	40'	148 x / m.			85		O: doran, teknus, perjal. vulka.
									VI: v/v taa. Portio lunak, Ø 10 cm, DPF 100% - ket (+) H1.
									A: lipartu kala II
									P: lakukan caesiotomia
									- pinipin ibu meneran jika ada his.
									- Obs. Dij fisela his.
									- lakukan perfoceongan perdarahan.

OBSERVASI LANJUTAN

Tanggal	Jam	His dalam 10"		Dijj	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
21-95					→	Bayi. Ideru	spt: B 0% pnbm. Merangsing kuat, gerak aktif, tulit kemerahan, jk O <sup>+</sup> , Bp: 3850 gr; Pb: 50 cm, anus O, kelong O, A-S 7-8.		



## Lampiran 13 Partograf



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 01 - April - 2019
  2. Nama Bidan : Hj. Sri Reuhari, S. ST. M.Kes.
  3. Tempat Persalinan :
    - Rumah Ibu
    - Puskesmas
    - Polindes
    - Klinik Swasta
    - Rumah Sakit
    - Lainnya BPM AK
  4. Alamat tempat persalinan : Dr. Setiabudi 1/14 yg. pangkah.
  5. Catatan , Rujuk, Kalo : I III II/ IV
  6. Alasan Merujuk :
  7. Tempat rujukan :
  8. Tanggal Rujukan :
  9. Pendamping saat merujuk :
    - Bidan
    - Teman
    - Suami
    - Dukun
    - Keluarga
    - Tidak ada
  10. Masalah dalam kehamilan / persalinan ini :
    - Gawat darurat
    - Pendarahan
    - HDK
    - Infeksi
    - PMTCT
- KALA I
11. Partograph melewati garis waspadai :
  12. Masalah lain, Sebutkan :
  13. Penatalaksanaan masalah tsb :
  14. Hasilnya :
- KALA II
15. Episiotomi :
    - Ya, indikasi
    - Tidak
  16. Pendamping pada saat Persalinan :
    - Teman
    - Suami
    - Dukun
    - Keluarga
    - Tidak ada
  17. Gawat Janin :
    - Ya, Tindakan yang dilakukan :
    - a.
    - b.
    - Tidak
    - Pemantauan DJD setiap 5-10 Menit selama KALA II, Hasil :
  18. Distosia Bahu :
    - Ya, Tindakan yang dilakukan :
    - a.
    - b.
    - Tidak
  19. Masalah lain, Penatalaksanaan masalah tsb :
  20. Hasilnya :
- KALA III
21. Inisiasi menyusui dini :
    - Ya
    - Tidak, Alasan :
  22. Lama Kala III : 7 Menit
  23. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
    - Ya, Waktu : 1 Menit sesudah persalinan
    - Tidak, alasan :
    - Penjetip tali pusar ..... Menit Setelah bayi lahir
  24. Pemberian Ulang Oksitosin (2X) ?
    - Ya, alasan :
    - Tidak
- ABEL PEMANTAUAN KALA IV
- | Jam ke | Waktu | Tekanan Darah | Nadi | Suhu    | Tinggi Fundus Uterus | Kontakai Uterus | Kandung Kemih | Darah yang keluar |
|--------|-------|---------------|------|---------|----------------------|-----------------|---------------|-------------------|
| 1      | 22.30 | 110/60        | 86   | 36,9 °C | 2 JI 6 PI            | Keras           | Kosong        | -                 |
|        | 22.45 | 110/70        | 80   |         | 2 JI 6 PI            | Keras           | Kosong        |                   |
|        | 23.00 | 120/70        | 82   |         | 2 JI 6 PI            | Keras           | Kosong        |                   |
|        | 23.45 | 110/70        | 81   |         | 2 JI 6 PI            | Keras           | Kosong        | -                 |
| 2      | 23.45 | 110/70        | 80   | 36,5 °C | 2 JI 6 PI            | Keras           | Kosong        | -                 |
|        | 00.00 | 110/70        | 80   |         | 2 JI 6 PI            | Keras           | Kosong        | 1 softers         |
- Hasillah kala IV  
Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :
25. Penegangan tali pusar terkendali ?
  26. Masase Fundus Uteri ?
  27. Plasenta lahir lengkap ( intact )  Tidak  
Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
    - a.
    - b.  28. Plasenta tidak lahir > 30 Menit :
    - Ya, Tindakan :
    - Ya Tindakan  29. Laserasi :
    - Ya Dimana vulva vagina, konisura posterior, kulit di perinium.
    - Tidak
  30. Jika Laserasi perinium, derajat : 1/2/3/4
  31. Atoni Uteri :
    - Ya, Tindakan :
    - Tidak
  32. Jumlah darah yang keluar / Pendarahan : ± 350 cc
  33. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :
- KALA IV
34. Kondisi ibu : KU 107 TD 14 mmHg, Nadi 82 ximnt, Nafas 20 x/mmHg
  35. Masalah dan Penatalaksanaan Masalah
- BAYI BARU LAHIR
36. Berat Badan : 3850 Gram
  37. Panjang Badan : 50,5 Cm
  38. Jenis Kelamin : ♂
  39. Penilaian bayi baru lahir : baik Ada periyuli
  40. Bayi lahir :
    - Normal, Tindakan :
    - Menggerikan
    - Menghangatkan
    - Rangsangan taktile
    - Memastikan IMD atau nafuri menyusu segera
    - Asfiksia ringan / pucat / biru / temas, Tindakan :
      - Menggerikan
      - Rangsangan taktile
      - Bebasakan jalan nafas
      - Bebasakan jalan nafas, Sebutkan
      - Pakaihan / selimut bayi dan tempakan di sisi ibu
    - Cacat bawaan, sebutkan :
    - Hipotermi, Tindakan :
  41. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir :
    - Ya, Waktu : Jam setelah bayi lahir
    - Tidak, Alasan :
  42. Masalah lain, Sebutkan : Hasilnya :

Lampiran 14 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 2/4/19 3850 gr 50,5 cm 36,7 °C	Tgl: 6/4/19 3600 gr 50,5 cm 36,8 °C	Tgl: 9/4/19 3100 50,5 36,9 °C
Berat badan (kg) Panjang badan (cm) Suhu Terjakan ibu, bayi sakit apa?			
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi napas (kali/menit)</li> <li>• Frekuensi denyut jantung (kali/menit)</li> </ul>	42x/min 139x/min	40x/min 140x/min	40x/min 142x/min
Memeriksa adanya diare	ya	ya	ya
Memeriksa ikterus	+	+	+
Memeriksa kemungkinan/ berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	ya	ya	ya
Memeriksa status pemberian vitamin K1	ya	ya	ya
Memeriksa status imunisasi HB-O	ya	ya	ya
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK			
Skrining Hipotiroid Kongenital			
Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+			
Konfirmasi hasil SHK			★
Memeriksa keluhan lain:	bersih basah	bersih subah tepas	bersih kering
tulpus			
Memeriksa masalah/keluhan ibu			
Tindakan (terapi/referikan/ umpan balik)			
Nama pemeriksa	SRI MULYAHARINI, S.Kep, M.Kes		
Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen			

## Lampiran 15 Catatan Hasil Pelayanan Ibu Nifas

Lampiran 16 Kartu KB Ibu

	<b>BIDAN PRAKTEK SWASTA</b> <b>SRI RULIHARI, S.S.T, M.Kes.</b> Ds. Sekapuk - Kec. Ujung Pangkah - Gresik Telp. (031) 3949657	<span style="font-size: 2em;">20</span>  Bidan Delima <small>PELATIHAN DAN KONSULTASI</small>
<b>KARTU KB</b>		
Nama : Ny "A" Umur : 29 tahun Pendidikan : SMA Kawin Ke : I Pekerjaan : IKT Alamat : Sekapuk 2/5		No. .... Nama Suami : Tr "R" Umur : 29 tahun Pendidikan : SI Kawin Ke : I Pekerjaan : Guru Telepon : 081 553 296996
<b>STATUS PESERTA KB BARU</b>		
1. Jumlah anak hidup : 2 2. Keinginan punya anak lagi : Ya 3. Saat ingin punya anak lagi : 3 tahun 4. Status kehamilan saat ini : Tidak 5. Riwayat komplikasi kehamilan : Tidak 6. Sikap pasangan terhadap KB : Tidak 7. Menjelaskan resiko HIV / AIDS / PMS : Tidak 8. Metode ganda untuk akseptor KB yang resiko tertular HIV / AIDS / PMS (pakai kondom) : Tidak		
<b>PEMERIKSAAN</b>		
1. Tekanan darah : 110 / 80 mm hg BB : 80 Kg 2. Haid terakhir : 3. Kebiasaan merokok : 4. Tentang menyusui : 5. Tanggal persalinan terakhir : 6. Keadaan calon peserta saat ini : - Sakit Kuning : Ya / Tidak - Perd. Per. Vag : Ya / Tidak - Tumor Payudara : Ya / Tidak 7. Keluhan : - Fluor albus : 8. Calon Aks. IUD dilakukan pemeriksaan : - Tanda Radang : Ya / Tidak - Tumor : Ya / Tidak - Posisi Rahim : Retro / Antefleksi - Genitalia Luar / Dalam : Varices, Jengger, Gondilo, Bartholinitis 9. Alat kontrasepsi yang diberikan : - Tanggal dilayani : 28 Mei 2019 - Tanggal dipesan kembali : - Tanggal dilepas :		

## KUNJUNGAN ULANG

## **Persetujuan Pelayanan Kontrasepsi (Informed Consent)**

KB YANG DIPILIH. KB kondom.

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

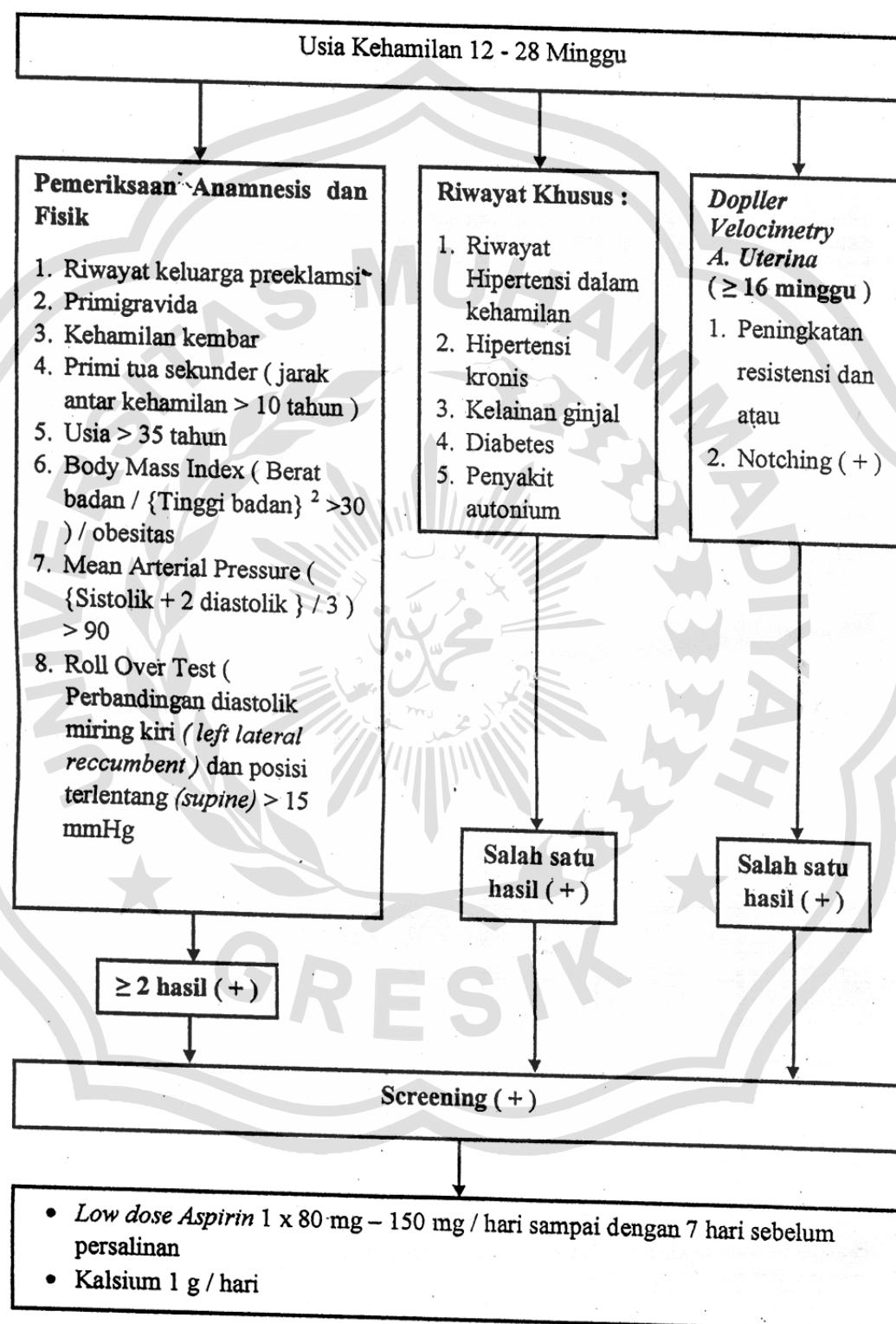
Setelah mendapat penjelasan dan mengerti sepenuhnya segala hal-hal yang berkaitan dengan alat kontrasepsi serta setelah kami sepakati berdua suami/istri, bersama ini kami menyatakan secara sukarela memilih untuk dilayani kontrasepsi

Yang Memberi Penjelasan  
BIDAN

Suami / Istri  
Calon Peserta KB

SRI RULIHARI S. ST. M. Kes.

## TATA CARA SKRINING PREEKLAMSIA



Lampiran 18 Formulir Pencatatan Bayi Muda Kurang dari 2 bulan

**FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN**

(Khusus untuk Kunjungan Neonatus)

Tanggal Kunjungan Rumah : 02 - 09 - 2019  
 Nama Bayi : By. Ny. A L/P  
 Tgl Lahir / Umur : 0 hari 10/09 BB : 3850 gram  
 Bayi sakit apa ? \_\_\_\_\_

Alamat : sekaruk 2/5  
 Nama Ibu : Ny "A"  
 PB : 50.5 cm Suhu : 36.7 °C  
 KN 1/2/3

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFESI 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</li> <li>• Hitung napas dalam 1 menit <u>12</u> x/menit Ulangi jika &gt; 60 x/menit</li> <li>• Hitung napas kedua <u> </u> x/menit</li> <li>Apakah : - Napas cepat (&gt; 60 x/menit) - Napas lambat (&lt; 60 x/menit)</li> <li>• Bayi tidak bergerak sama sekali</li> <li>• Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat</li> <li>• Suhu tubuh &lt; 35,5 °C <u>36.7</u></li> <li>• Mata bernanah : Banyak <u> </u> Sedikit <u> </u></li> <li>• Pusar kemerahan meluas ke dinding perut &gt; 1 cm</li> <li>• Ada pustul kulit</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA IKTERUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuning timbul hari pertama (&lt; 24 jam) setelah lahir</li> <li>• Kuning pada umur &gt; 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>• Kuning pada umur &gt; 14 hari</li> <li>• Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>• Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki</li> <li>• Tinja berwarna pucat</li> </ul>		
<b>APAKAH BAYI DIARE ?</b> YA <u> </u> TIDAK <u>✓</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi sudah diare selama <u> </u> hari</li> <li>• Keadaan umum bayi:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letargis atau tidak sadar</li> <li>- Gelisah atau rewel</li> </ul> </li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Cubitan kulit perut kembalinya:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangat lambat (&gt; 2 detik)</li> <li>- Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)</li> </ul> </li> </ul>		
<b>MEMERIKSA HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi muda atau ibu pernah diperiksa HIV ? Bayi : Ya <u> </u> Tidak <u>✓</u> Ibu : Ya <u> </u> Tidak <u>✓</u></li> <li>• Jika Ya, tentukan status HIV:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu : Positif <u> </u> Negatif <u> </u></li> <li>- Bayi : Virologis Positif <u> </u> Negatif <u> </u></li> <li>Serologis Positif <u> </u> Negatif <u> </u></li> </ul> </li> <li>• Jika ibu positif HIV dan tes virologis negative pada bayi muda, tanyakan :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah bayi mendapat ASI saat ini ? Ya <u> </u> Tidak <u> </u></li> <li>- Jika Tidak, kapan bayi berhenti menyusu ? &lt; 6 Minggu <u> </u> &gt; 6 Minggu <u> </u></li> <li>- Apakah bayi mendapat ASI pada saat pemeriksaan atau sebelumnya ? Ya <u> </u> Tidak <u> </u></li> <li>- Apakah ibu mendapatkan ARV dan Bayi Muda mendapatkan ARV Profilaksis ? Ibu : Ya <u> </u> Tidak <u> </u> Bayi : Ya <u> </u> Tidak <u> </u></li> </ul> </li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui, lakukan Tes Serologis HIV pada ibu.</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b>		
<p><input checked="" type="radio"/> Berat badan menurut umur - Rendah &lt; 2 SD : _____  <input checked="" type="radio"/> Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____</p> <p>Jika bayi diberi ASI  <input checked="" type="radio"/> Berapa kali dalam 24 jam ? <u>Sering</u> kali            Apakah bayi diberi makanan tambahan atau minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/>            Khusus ibu HIV positif tanyakan :            Apakah ibu memberikan ASI penuh ? Ya _____ Tidak _____</p> <p>Jika Tidak, cairan apa yang diberikan untuk menambah atau mengantikan ASI ? _____</p> <p>Jika bayi tidak diberi ASI            Minuman atau cairan apa yang diberikan ?            - Berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali            - Alat apa yang digunakan, botol atau cangkir ? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat luka atau bercak putih di mulut</li> <li>• Terdapat celah bibir / langit-langit</li> </ul> <p>Jika bayi diberi ASI dan tidak akan dirujuk            LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan hidung bayi jika tersumbat</li> <li>• Amati dengan seksama ketika ibu menyusui bayi</li> <li>• Tentukan apakah bayi menyusu dengan baik ?           <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Posisi benar, posisi salah</li> <li>b. Melekat dengan baik, tidak melekat dengan baik, tidak melekat sama sekali</li> <li>c. Menghisap dengan efektif, tidak efektif menghisap, tidak menghisap sama sekali</li> </ul> </li> </ul> <p>Jika bayi tidak diberi ASI dan tidak akan dirujuk            LAKUKAN PENILAIAN TENTANG PEMBERIAN MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amati cara ibu menyiapkan dan memberikan minum           <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah higienis ? Ya _____ Tidak _____</li> <li>b. Jumlah cairan yang diberikan ? Cukup _____ Tidak _____</li> <li>c. Membersihkan perlengkapan ? Sesuai _____ Tidak _____</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K 1</b>            Diberikan segera setelah lahir Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____</p> <p><b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (centang yang diberikan hari ini)            HB-0 <u>02/09</u> BCG _____ POLIO 1 <u>02/09</u></p> <p><b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</b>  <u>tua</u></p> <p><b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b>  <u>tua</u></p>		
<p>Vit K 1 yang diberikan hari ini  <u>02/09</u> _____</p> <p>Imunisasi yang diberikan  <u>02/09</u> _____</p> <p>Nasihat kapan kembali segera            Kunjunag Ulang <u>3</u> hari</p>		

Nama Pemeriksa

Hj. Sri Kulihari, S.Si., M.K

## FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

(Khusus untuk Kunjungan Neonatus)

Tanggal Kunjungan Rumah : 06 - 09 . 2019

Alamat : setiap

Nama Bayi : By. Ny "A"      O/P

Nama Ibu : Ny "A"

Tgl Lahir / Umur : 01 - 09 - 2019      BB : 3600 gram

PB : 70,5 cm      Suhu : 36,8 °C

Bayi sakit apa ? \_\_\_\_\_

KN : 1 0/3

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</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hitung napas dalam 1 menit <u>70</u> x/menit Ulangi jika &gt; 60 x/menit</li> <li>Hitung napas kedua ____ x/menit</li> <li>Apakah : - Napas cepat (&gt; 60 x/menit) - Napas lambat (&lt; 60 x/menit)</li> <li>• Bayi tidak bergerak sama sekali</li> <li>• Tarikan dinding dadah ke dalam yang sangat kuat</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Suhu tubuh &lt; 35,5 °C <u>35,8</u> °C</li> <li>• Mata bernanah : Banyak ____ Sedikit ____</li> <li>• Pusar kemerahan meluas ke dinding perut &gt; 1 cm</li> <li>• Ada pustul kulit</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA IKTERUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuning timbul hari pertama (&lt; 24 jam) setelah lahir</li> <li>• Kuning pada umur &gt; 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>• Kuning pada umur &gt; 14 hari</li> <li>• Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>• Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki</li> <li>• Tinja berwarna putih</li> </ul>		
<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:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letargis atau tidak sadar</li> <li>- Gelisah atau rewel</li> </ul> </li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Cubitan kulit perut kembalinya:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangat lambat (&gt; 2 detik)</li> <li>- Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)</li> </ul> </li> </ul>		
<b>MEMERIKSA HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi muda atau ibu pernah diperiksa HIV ? Bayi : Ya ____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ibu : Ya ____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Jika Ya, tentukan status HIV:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu : Positif ____ Negatif ____</li> <li>- Bayi : Virologis Positif ____ Negatif ____</li> <li>Serologis Positif ____ Negatif ____</li> </ul> </li> <li>• Jika ibu positif HIV dan tes virologis negatif pada bayi muda, tanyakan :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah bayi mendapat ASI saat ini ? Ya ____ Tidak ____</li> <li>- Jika Tidak, kapan bayi berhenti menyusu ? &lt; 6 Minggu ____ &gt; 6 Minggu ____</li> <li>- Apakah bayi mendapat ASI pada saat pemeriksaan atau sebelumnya ? Ya ____ Tidak ____</li> <li>- Apakah ibu mendapatkan ARV dan Bayi Muda mendapatkan ARV Profilaksis ? Ibu : Ya ____ Tidak ____ Bayi : Ya ____ Tidak ____</li> </ul> </li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui, lakukan Tes Serologis HIV pada ibu.</li> </ul>			
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b>			
<input checked="" type="radio"/> Berat badan menurut umur - Rendah < 2 SD : _____ - Tidak Rendah > - 2 SD : <u>38,50</u>			
<input checked="" type="radio"/> Apakah bayi diberi ASI? Ya <u>✓</u> Tidak _____ Jika bayi diberi ASI <input checked="" type="radio"/> Berapa kali dalam 24 jam ? <u>Sering</u> kali <input checked="" type="radio"/> Apakah bayi diberi makanan tambahan atau minuman lain selain ASI ? Ya <u>✓</u> Tidak _____ - Khusus ibu HIV positif tanyakan : Apakah ibu memberikan ASI penuh ? Ya <u>✓</u> Tidak			
<u>Jika Tidak, cairan apa yang diberikan untuk menambah atau menggantikan ASI ?</u> <b>Jika bayi tidak diberi ASI</b> - Minuman atau cairan apa yang diberikan ? - Berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali - Alat apa yang digunakan, botol atau cangkir ? _____			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terdapat luka atau bercak putih di mulut</li> <li>Terdapat celah bibir / langit-langit</li> </ul>			
<b>Jika bayi diberi ASI dan tidak akan dirujuk</b> <b>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan hidung bayi jika tersumbat</li> <li>Amati dengan seksama ketika ibu menyusui bayi</li> <li>Tentukan apakah bayi menyusui dengan baik ?           <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisi benar, posisi salah</li> <li>Melekat dengan baik, tidak melekat dengan baik, tidak melekat sama sekali</li> <li>Menghisap dengan efektif, tidak efektif menghisap, tidak menghisap sama sekali</li> </ol> </li> </ul>			
<b>Jika bayi tidak diberi ASI dan tidak akan dirujuk</b> <b>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG PEMBERIAN MINUM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amati cara ibu menyiapkan dan memberikan minum           <ol style="list-style-type: none"> <li>Apakah higienis ? Ya <u>✓</u> Tidak _____</li> <li>Jumlah cairan yang diberikan ? Cukup <u>✓</u> Tidak _____</li> <li>Membersihkan perlengkapan ? Sesuai <u>✓</u> Tidak _____</li> </ol> </li> </ul>			
<b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K 1</b> Diberikan segera setelah lahir <u>✓</u> Ya <u>✓</u> Tidak _____		Vit K 1 yang diberikan hari ini <u>02/09</u>	
<b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (centang yang diberikan hari ini) HB-O <u>02/09</u> BCG <u>      </u> POLIO 1 <u>      </u>		Imunisasi yang diberikan <u>02/09</u>	
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</b> <u>taa</u>		Nasihat kapan kembali segera Kunjungan Ulang <u>10</u> hari	
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b> <u>taa</u>			

Nama Pemeriksa

Hj. Sri Rani hari, S.Si., M.Kes

### FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

(Khusus untuk Kunjungan Neonatus)

Tanggal Kunjungan Rumah : 19 - 09 - 2019

Nama Bayi : By - Ny . A ✓ P

Tgl Lahir / Umur : 01 - 09 - 19 BB : 4100 gram

Bayi sakit apa ? \_\_\_\_\_

Alamat : Sekapuk

Nama Ibu : Ny . A

PB : 50,5 cm Suhu : 36,9 °C

KN : 1 / 2 (3)

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFENSI 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</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hitung napas dalam 1 menit <u>70</u> x/menit Ulangi jika &gt; 60 x/menit Hitung napas kedua ____ x/menit Apakah : - Napas cepat (&gt; 60 x/menit) - Napas lambat (&lt; 60 x/menit)</li> <li>• Bayi tidak bergerak sama sekali</li> <li>• Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Suhu tubuh &lt; 35,5 °C <u>36,9</u> °C</li> <li>• Mata bernanah : Banyak ____ Sedikit ____</li> <li>• Pusar kemerahannya meluas ke dinding perut &gt; 1 cm</li> <li>• Ada pustul kulit</li> </ul>		
<b>MEMERIKSA IKTERUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuning timbul hari pertama (&lt; 24 jam) setelah lahir</li> <li>• Kuning pada umur &gt; 24 jam sampai dengan 14 hari</li> <li>• Kuning pada umur &gt; 14 hari</li> <li>• Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki</li> <li>• Kuning tidak sampai telapak tangan atau kaki</li> <li>• Tinja berwarna pucat</li> </ul>		
<b>APAKAH BAYI DIARE ?</b> YA <u>✓</u> TIDAK <u>✓</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi sudah diare selama ____ hari</li> <li>• Keadaan umum bayi:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letargis atau tidak sadar</li> <li>- Gejala atau rewel</li> </ul> </li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Cubitan kulit perut kembalinya:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangat lambat (&gt; 2 detik)</li> <li>- Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit)</li> </ul> </li> </ul>		
<b>MEMERIKSA HIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi muda atau ibu pernah diperiksa HIV ? Bayi : Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u> Ibu : Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>• Jika Ya, tentukan status HIV:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu : Positif <u>✓</u> Negatif <u>✓</u></li> <li>- Bayi : Virologis Positif <u>✓</u> Negatif <u>✓</u> Serologis Positif <u>✓</u> Negatif <u>✓</u></li> </ul> </li> <li>• Jika ibu positif HIV dan tes virologis negatif pada bayi muda, tanyakan :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah bayi mendapat ASI saat ini ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>- Jika Tidak, kapan bayi berhenti menyusu ? &lt; 6 Minggu <u>✓</u> &gt; 6 Minggu <u>✓</u></li> <li>- Apakah bayi mendapat ASI pada saat pemeriksaan atau sebelumnya ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>- Apakah ibu mendapatkan ARV dan Bayi Muda mendapatkan ARV Profilaksis ? Ibu : Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u> Bayi : Ya <u>✓</u> Tidak <u>✓</u></li> </ul> </li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui, lakukan Tes Serologis HIV pada ibu.</li> </ul>			
<b>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM</b>			
<p><input checked="" type="radio"/> Berat badan menurut umur - Rendah &lt; 2 SD : _____  <input checked="" type="radio"/> Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____</p> <p><b>Jika bayi diberi ASI</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> Berapa kali dalam 24 jam ? <u>sering</u> kali  <input checked="" type="radio"/> Apakah bayi diberi makanan tambahan atau minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- Khusus ibu HIV positif tanyakan :  Apakah ibu memberikan ASI penuh ? Ya _____ Tidak _____</p> <p>Jika Tidak, cairan apa yang diberikan untuk menambah atau menggantikan ASI ? _____</p> <p><b>Jika bayi tidak diberi ASI</b></p> <p>- Minuman atau cairan apa yang diberikan ? _____</p> <p>- Berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali  - Alat apa yang digunakan, botol atau cangkir ? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terdapat luka atau bercak putih di mulut</li> <li>Terdapat celah bibir / jangit-langit</li> </ul>			
<p><b>Jika bayi diberi ASI dan tidak akan dirujuk</b>  <b>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan hidung bayi jika tersumbat</li> <li>Amati dengan seksama ketika ibu menyusui bayi</li> <li>Tentukan apakah bayi menyusu dengan baik ? <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisi benar, posisi salah</li> <li>Melekat dengan baik, tidak melekat dengan baik, tidak melekat sama sekali</li> <li>Menghisap dengan efektif, tidak efektif menghisap, tidak menghisap sama sekali</li> </ol> </li> </ul> <p><b>Jika bayi tidak diberi ASI dan tidak akan dirujuk</b>  <b>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG PEMBERIAN MINUM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amati cara ibu menyiapkan dan memberikan minum</li> <li>Apakah higienis ? Ya _____ Tidak _____</li> <li>Jumlah cairan yang diberikan ? Cukup _____ Tidak _____</li> <li>Membersihkan perlengkapan ? Sesuai _____ Tidak _____</li> </ul>			
<b>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K 1</b> Diberikan segera setelah lahir    Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vit K 1 yang diberikan hari ini <u>02/09</u> ..... Imunisasi yang diberikan <u>02/09</u> ..... 	
<b>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI</b> (centang yang diberikan hari ini) HB-0 <input checked="" type="checkbox"/> BCG _____ POLIO 1 _____			
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</b> <span style="font-size: 2em;">★</span> <u>taa</u> <span style="font-size: 2em;">★</span>			
<b>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</b> <u>taa</u>		Nasihat kapan kembali segera Kunjungag Ulang _____ hari 	

Nama Pemeriksa

Ey. Siti Ruli Hanif, S.Si, M.Kes

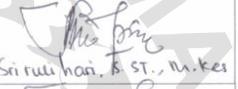
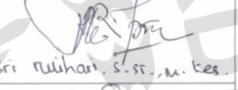
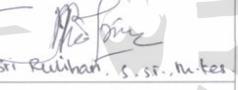
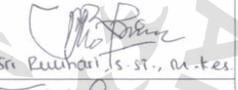
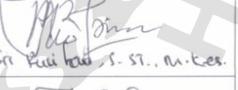
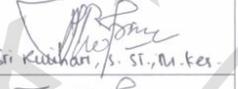
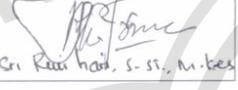
## Lampiran 19 Lembar Kunjungan Pasien



FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRESIK

### LEMBAR KUNJUNGAN PASIEN

Nama : Putri Azlina  
NIM : 1610.024  
Nama Pembimbing : Sri Rulihari, S.ST., M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1	Rabu 13 Maret 2019	Pemeriksaan ANC	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
2	Sabtu 23 Maret 2019	Pemeriksaan ANC II	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
3	Senin 01 April 2019	Asuhan Persalinan (INC)	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
4	Selasa 02 April 2019	- Asuhan Neonatus I - Asuhan Masa Nifas I	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
5	Sabtu 06 April 2019	- Asuhan Neonatus II - Asuhan Masa Nifas II	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
6	Minggu 14 April 2019	- Asuhan Neonatus III - Asuhan Masa Nifas III	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
7	Minggu 05 Mei 2019	Asuhan Masa Nifas IV	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.
8	Sabtu 25 Mei 2019	Asuhan Keluarga Berencana	 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes.

Lampiran 20 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal LTA



**Lembar Konsultasi Bimbingan  
Proposal Laporan Tugas Akhir**

NO	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1.	Selasa 12. Maret. 2019	Mengajukan proposal BAB I - ambil referensi terbaru - isi latar belakang dimulai dari kehamilan sampai dengan nifas.	
2.	Rabu 22. Mei. 2019	Mengajukan proposal BAB II - perbaikan Penuturan • spasi antar sub bab. • Penimbalan teori kebutuhan laju (lu hanyu) • perbaikan tabel	
3.	Selasa 28. Mei. 2019	Mengajukan cover & bab I - Penulisan Judul cover - Data SDI - latar belakang	
4.	Rabu 29. Mei. 2019	Mengajukan Bab I - Perbaikan judul cover - spasi pada bagian tabel - gambar	
5.	Kamis 30. Mei. 2019	Mengajukan BAB II - menambahkan teori PEDANG - gambar Fotografi dan lembar observasi terbaru	
6.	10 - juni. 2019	Buat PPT. - lengkapil laporan	
7.	15. juni. 2019	ACC ujian Proposal	

Lampiran 21 Lembar Konsul Bimbingan LTA



**Lembar Konsultasi Bimbingan  
Laporan Tugas Akhir**

Nama : Putri Azlina  
NIM : 1610.024  
Nama Pembimbing : Sri Rulihari, S. ST., M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	TTD Pembimbing
1.	Senin 30 - 07 - 2019	mengajukan bab III - spasi, koma, tabel - Revisi cepoi8 pada Bab I - hasil tugas diperbaiki dan perbaikan - Revisi lembar kerja - Revisi terapis obat.	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes
2.	Jumat 02 - 08 - 2019	mengajukan bab IV - Pemantauan penurunan, uk. - Revisi bayi susah ngoro - Revisi keperluan pembuktian - Jatah reaksi pemantauan Bab IV - Revisi jatah reaksi uba bayi	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes
3.	Rabu 07 - 08 - 2019	mengajukan Bab IV - perbaikan pada penurunan - perbaikan spasi, koma - perbaikan Bab IV kejuringan ukuran - perbaikan Bab IV pemantauan - tambahan seluruh dg infusans	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes
4.	Senin 13 - 08 - 2019	mengajukan Bab IV Senin - Pemantauan spasi, koma - kte pada Bab I - Revisi tanggal kejuringan ukuran - Revisi perbaikan terapis obat	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes
5.	Kamis 15 - 08 - 2019	mengajukan perbaikan bab IV dan V - Revisi penomoran bab IV	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes
6.	Senin 19 - 08 - 2019	mengajukan - Ringkasan - Perbaikan spasi, koma. - Perbaikan Bab V. Risamakan - Pengaruh Bab V - kata-kata dituliskan lagi	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes
7.	Rabu 21 - 08 - 2019	mengajukan Bab I, II, III, IV, V dan laiupiran mengajukan PPT. - Perbaikan ppt lebih ringkas - Perbaikan laiupiran - Perbaikan laiupiran Infarm concent	Sri Rulihari, S. ST., M.Kes.
8.			

## Lampiran 22 Lembar Berita Acar LTA



**FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GRÉSIK**

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

E-mail : delimapersada\_gresik@yahoo.com

**BERITA ACARA PERBAIKAN LTA**

Nama : Putri Azlina  
 NIM : 1610.024  
 Nama Ketua Pengudi : Sulastri, S.ST., M.Kes  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" Masa Hamil Sampai  
 Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di PMB Sri  
 Rulihari, S.ST., M.Kes  
 Tanggal Ujian : 29 Agustus 2019

No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi
1	29 Agustus 2019	Lembar persetujuan	ii	Perbaikan penulisan sesuai panduan LTA	sudah revisi
2	29 Agustus 2019	Lembar pengesahan	iii	Perbaikan penulisan sesuai panduan LTA	Sudah revisi
3	29 Agustus 2019	Surat pernyataan	iv	Perbaikan kata LTA, bukan proposal LTA	Sudah revisi
4	29 Agustus 2019	Ringkasan	vii	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan penulisan spasi</li> <li>- Perbaikan nama obat</li> <li>- Perbaikan penulisan kata bayi dijemur</li> <li>- Penambahan jam pada waktu bayi dipanaskan di bawah sinar matahari</li> </ul>	Sudah revisi
5	29 Agustus 2019	Kata pengantar	ix	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perbaikan penulisan spasi</li> <li>- Perbaikan penulisan nama dosen-dosen tidak menggunakan Bapak/ibu karena sudah ada pangkatnya</li> </ul>	Sudah revisi
6	29 Agustus 2019	BAB 3	123 124 126 133	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan penulisan spasi</li> <li>- Perbaikan riwayat kontrasepsi ibu</li> <li>- Perbaikan</li> </ul>	Sudah revisi

				penempelan stiker P4K - Perbaikan penulisan diagnosa	
7	29 Agustus 2019	BAB 4 PEMBAHASAN	179 181 183	- Perbaikan penulisan spasi - Penambahan opini - Penambahan perbaikan pada ringkasan di samakan pembahasan	Sudah revisi

Gresik, 29 Agustus 2019  
Ketua Pengaji

Sulastri, S. ST., M.Kes



**AKADEMI KEBIDANAN  
DELIMA PERSADA GRESIK**

Jl. Proklamasi No. 54 Gresik Telp. (031) 3984249/Fax. (031) 3976801

E-mail : delimpersada\_gresik@yahoo.com

**BERITA ACARA PERBAIKAN LTA**

Nama	: Putri Azlina
NIM	: 1610.024
Nama Anggota I	: Luluk Yuliati, S.SiT., M.PH
Judul Proposal	: Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes
Tanggal Ujian	: 29 Agustus 2019

No	Tanggal	BAB	Hal	Pokok Bahasan	Sudah Revisi
1	29 Agustus 2019	Surat pernyataan	iv	Penulisan judul disesuaikan dengan judul di depan	Sudah revisi
2	29 Agustus 2019	Motto dan persembahan	vi	Perbaikan spasi	Sudah revisi
3	29 Agustus 2019	Ringkasan	vii	Perbaikan penulisan dan spasi	Sudah revisi
4	29 Agustus 2019	Kata pengantar	ix	Perbaikan penulisan Bapak/Ibu Perbaikan bulan	Sudah revisi
5	29 Agustus 2019	Daftar isi	xi	Perbaikan penulisan huruf besar hanya depan saja	Sudah revisi
6	29 Agustus 2019	Bab III	123	-Perbaikan penulisan dan spasi -perbaikan sesuai dengan data - perbaikan tabel diseragamkan	Sudah revisi

7	29 Agustus 2019	Bab IV	179	- Perbaikan penulisan dan spasi - Hasil pemantauan kala IV dihapus	Sudah revisi
8	29 Agustus 2019	Bab V	188	- Perbaikan penulisan dan spasi - Perbaikan kata telah dilakukan sesuai dengan managemen asuhan kebidanan dihapus	Sudah direvisi
9.	29 Agustus 2019	Daftar Pustaka	190	Perbaikan penulisan tidak warna biru dan tidak bergaris bawah	Sudah direvisi

Gresik, 29 Agustus 2019

Anggota Pengaji I

Luluk Yuliati, S.SiT.,M.PH