

LAMPIRAN 1

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Agustus 2017				September 2017				Oktober 2017				November 2017				Desember 2018				Januari 2018				Februari 2018				Maret 2018				April 2018				Mei 2018				Juni 2018			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	2	3	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	2	3	4				
1	Informasi penyelenggaraan LTA																																												
2	Informasi Pembimbing																																												
3	Proses Penyusunan dan bimbingan LTA																																												
4	Pengumpulan Proposal dan pendaftaran seminar proposal																																												
5	Seminar Proposal																																												
6	Revisi dan persetujuan Proposal oleh penguji																																												
7	Mengambil kasus dan penulisan laporan																																												
8	Pendaftaran ujian LTA																																												
9	Pelaksanaan ujian LTA																																												
10	Revisi laporan LTA																																												
11	Penyerahan laporan LTA																																												

PERNYATAAN
KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan Gelar : Rita Yulifah, S.Kp.,M.Kes
2. NIP : 196607271991032003
3. Pangkat dan Golongan : Pembina/IV
4. Jabatan : LektorKepala
5. Asal Institusi : PoliteknikKesehatanKemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : Magister KesehatanMasyarakat (S2)
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : Jl. Wilis No 12 Batu
 - b. Telepon/ HP : 0816553855
 - c. Alamat Kantor : Jl. BesarIjen No 77C Malang
 - d. Telepon Kantor : (0341) 551265

Dengan ini menyatakan (bersedia/ tidak bersedia *) menjadi pembimbing
(Utama/Pendamping *) bagi mahasiswa :

Nama : Ratih Permatasari
NIM : 1502100007
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan pada Neonatus

*) Coret yang tidak dipilih

Malang, Desember 2017


RITA YULIFAH, S.Kp.,M.Kes
NIP. 196607271991032003



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A Yani Sumberporong Lawang, Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KII Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp(0354)773095
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



31 Agustus 2017

Nomor : KH.04.01/5.0/ 31 85 /2017
Hal : Permohonan Pelaksanaan Studi Pendahuluan

Kepada Yth:

1. Pimpinan BPM Lilik Agustina, S.Tr.Keb
Di,-

Malang

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu Prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Studi Pendahuluan mahasiswa kami:

N a m a : Ratih Permatasari
N I M : 1502100007
Program Studi : D-III Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : "Asuhan Kebidanan pada Neonatus di BPM Lilik Agustina, S.Tr.Keb "

Demikian atas perhatian, bantuan serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n Ketua Jurusan Kebidanan,
Sekretaris,

AFNANI TOYIBAH, A.Per.Pen.M.Pd
NIP. 197011181994032001

Tembusan Kepada Yth:

1. Kaprodi D-III Kebidanan Malang
2. Ratih Permatasari



BIDAN PRAKTIK MANDIRI
LILIK AGUSTINA S.Tr. Keb
JL. SUMBER BENING INDAH No. 43
Kecamatan Lawang Kab. Malang



SURAT BALASAN IZIN PELAKSANAAN STUDI PENDAHULUAN

Lawang, 14 September 2017

Kepada :

Yth. Ketua Jurusan Poltekes Kemenkes Malang

Di-

Malang

Menindak lanjuti surat dengan nomor K.H.04.01/ 5.0/ 31 85/ 2017 tentang permohonan pelaksanaan studi pendahuluan sebagai salah satu persyaratan kelulusan mahasiswa pada Jurusan kebidanan Poltekes Kemenkes Malang untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA), saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lilik Agustina S. Tr. Keb

Alamat : Jl. Sumber Bening Indah No. 43, Kec. Lawang Kab. Malang

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut di bawah ini untuk melakukan studi pendahuluan di tempat saya.

Nama : Ratih Permatasari

NIM : 1502100007

Tingkat semester : III/V

Prodi : D-III Kebidanan Malang

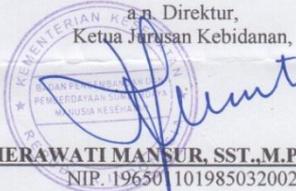
Jurusan : Kebidanan Malang

Institusi : Poltekes Kemenkes Malang

Judul studi kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. X di BPM Lilik Agustina S. Tr. Keb.

Demikian surat saya sampaikan, atas perhatian Anda saya sampaikan terima kasih.

Bidan
BIDAN PRAKTIK MANDIRI
Ny. Lilik Agustina S. Tr. Keb.
Jl. Sumber Bening Indah No. 43, Kec. Lawang Kab. Malang
Kontak: Lilik Agustina S. Tr. Keb.

	<p>KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG</p> <p>- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746 - Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang, Telp (0341) 427847 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Biliar, Telp (0342) 801043 - Kampus IV : Jl. KH. Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp(0354)773095 Website : http://www.poltekkes-malang.ac.id Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id</p>	
12 Februari 2018		
<p>Nomor : PP.04.03/5.0/ 360 /2018 Hal : <i>Permohonan Pelaksanaan Penelitian</i></p>		
<p>Kepada, Yth:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bakesbangpol Kabupaten Malang 2. Pimpinan PMB Lilik Agustina, S.Tr. Keb <p>Di,-</p> <p style="text-align: center;"><u>Malang</u></p>		
<p>Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu Prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Penelitian mahasiswa kami:</p> <p>N a m a : Ratih Permatasari N I M : 1502100007 Program Studi : D-III Kebidanan Malang Semester : VI (Enam) Judul : "Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. "X" Di BPM Lilik Agustina Kecamatan Lawang Kabupaten Malang"</p> <p>Demikian atas perhatian, bantuan serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.</p>		
<p>an Direktur, Ketua Jurusan Kebidanan,</p> <div style="text-align: center;">  HERAWATI MANSUR, SST.,M.Pd.,M.Psi. NIP. 19650101985032002 </div>		
<p><i>Tembusan Kepada Yth:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaprodi D-III Kebidanan Malang 2. Ratih Permatasari 		



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
MALANG-65119

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 072/524/35.07.207/2018

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk : Surat dari Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Nomor: PP.04.03/5.0/760/2018 Tanggal: 12 Februari 2018 Perihal: Ijin Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Ijin Penelitian oleh:

Nama / Instansi : Ratih Permatasari
Alamat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang
Thema/Judul/Survey/Research : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. "X" di
BPM Lilik Agustina Kecamatan Lawang Kabupaten
Malang
Daerah/tempat kegiatan : di BPM Lilik Agustina Kec. Lawang Kab. Malang
Lamanya : 2 Bulan
Pengkut : -

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati
Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 20 Februari 2018

An. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
Kepala Bidang Ideologi, HAM dan Wabang
Kasubid Nawasan Kebangsaan



Penata

NIP. 9660125 199203 1 004

Tembusan :

Yth.

1. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
2. Kaprodi D-III Kebidanan Malang
3. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
4. Kepala BPM Lilik Agustina Kec. Lawang Kab. Malang
5. Mhs/Ybs
6. Arsip

PRAKTIK MANDIRI BIDAN
LILIK AGUSTINA, S.Tr.Keb.
Jl. Sumber Bening Indah No 43 Kec. Lawang Kabupaten Malang

SURAT BALASAN IZIN PELAKSANAAN PENELITIAN

Malang, 21 Februari 2018

Kepada :
Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Malang
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Di-

MALANG

Menindak lanjuti surat dengan Nomor. PP.04.03/5.0/760/2018 tentang permohonan pelaksanaan penelitian sebagai salah satu prasyarat untuk kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA), pada prinsipnya saya selaku pimpinan PMB Lilik Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang yang digunakan sebagai tempat penelitian mahasiswa:

Nama : Ratih Permatasari
NIM : 1502100007
Tingkat/ Semester : III (tiga) / VI (enam)
Prodi : DIII Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. X di PMB Lilik Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut di atas untuk melakukan penelitian di tempat saya. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatian anda saya sampaikan terimakasih.

Mengetahui,
Bidan


Lilik Agustina, S.Tr.Keb.
Jl. Sumber Bening Indah No. 43 RT. 04 RW.07
Kecamatan Kallirejo - Lawang (Balokang P2AM)
Telp. 0341-5401 036 031 235 093 094 081 082 093

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ratih Permatasari

NIM : 1502100007

Nama Pembimbing : Rita Yulifah, S.Kp.,M.Kes.

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny "M" di BPM Lilik Agustina

TANGGAL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
7-5-2018	Bab I - II] sifat	
14-5-2018	Hasil analisis nya ma na kdr. kadar a. g kdr. Garam kang cayan sapa ?	
15-5-2018	Lihat kearah kardi - kardit mbu	
17-5-2018	Carilah tabu Lampiran kdr - kardit :	

- Kardit ijin
- Kardit tetap
- sapa ai
- jurnal kebidanan

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ratih Permatasari
 NIM : 1502100007
 Nama Pembimbing : Rita Yulifah, S.Kp.,M.Kes.
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny "X" di BPM Lilik Agustina S.Tr.Keb

TANGGAL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
22-5-2018	- Data BSL ukur lengkapnya hitung begitu juga dgn masalah - pembatas (gelum fals)	
28-5-2018	- Hitung belum menyempurna lengkapnya hitung terutama masalah → Fibris juga - pembatas mata dan semua riwayat lahir - riwayat riwayat	
05-06-2018	- pembatas ? - tunjukkan lagi lampiran 2, Form NIBN.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ratih Permatasari

NIM : 1502100007

Nama Pembimbing : Rita Yulifah, S.Kp.,M.Kes.

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny "X" di BPM Lilik Agustina S.Tr.Keb

TANGGAL	SARAN	TANDA TANGAN Pembimbing Utama
22-06-2018	Revisi: - pembaharuan elemen prosedur - keji nyunah sarah - lampiran 3	  
28-06-2018	Hoce nyunah	

PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Sdr/I Calon Subjek Penelitian
Di Kecamatan Lawang
Kabupaten Malang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya penyusunan laporan tugas akhir sebagai persyaratan bagi mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi D-III Kebidanan Malang untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan, maka bersama ini saya memohon bantuan kepada bayi ibu untuk bersedia menjadi responden pada penelitian saya yang berjudul **“Studi Kasus Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. M di PMB Lilik Agustina, Kecamatan Lawang Kabupaten Malang”**.

Tujuan penelitian ini adalah agar dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan mulai bayi baru lahir sampai bayi berusia 28 hari. Peran serta ibu dan keluarga di dalam penelitian studi kasus saya sangat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dibidang kesehatan, khususnya di pelayanan kebidanan.

Saya akan menjamin kerahasiaan informasi yang ibu berikan dan hasil dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu kesehatan khususnya pada asuhan kebidanan.

Atas kesediaan dan bantuan serta kerjasam ibu, saya mengucapkan terima kasih.

Hormat saya

Ratih Permatasari

NIM. 1502100007

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN KLIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : mutim mah

Umur : 32

Alamat : Lowok Jati, Baturet no. singosari

Setelah mendapatkan penjelasan tentang studi kasus yang akan dilaksanakan oleh peneliti serta mengetahui manfaat hasil studi kasus yang berjudul :

"ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS"

Bersama ini saya menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) terlibat sebagai subyek studi kasus dengan catatan bila suatu waktu saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, saya berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya apa yang saya informasikan dijamin kerahasiaannya.

Malang, 24-2-2018

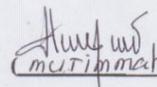
Peneliti



(Ratih Permatasari)

NIM.1502100007

Nama Klien



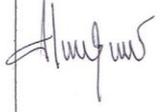
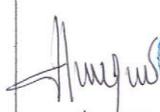
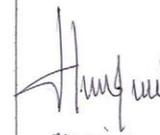
Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

No	Kunjungan	Kegiatan	Tujuan
1	KN-1 (6-48 jam setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian data pada klien 2. Melakukan pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik pada neonatus 3. Melakukan perawatan tali pusat 4. Memastikan pemberian ASI/IMD 5. Memastikan neonatus telah diberikan Vitamin K 6. Memastikan neonatus telah diberikan salep mata profilaksis 7. Melakukan rawat gabung 8. Pemberian imunisasi Hepatitis B-0 9. Mengajari ibu cara menyusui yang benar 10. Mengajari ibu cara merawat tali pusat 11. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya 12. Dokumentasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membangun hubungan saling percaya antara klien dengan petugas kesehatan 2. Mendeteksi adanya masalah pada neonatus 3. Memastikan agar bayi tetap dalam kondisi hangat 4. Melakukan tindakan pencegahan infeksi 5. Agar bayi mendapatkan kebutuhan nutrisi dari ASI 6. Menambah pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar dan perawatan tali pusat
2	KN-2 (3-7 hari setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi kunjungan 1 2. Melakukan pemeriksaan umum pada neonatus 3. Melakukan evaluasi masalah (jika ada, seperti kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, diare, ikterus, kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI dan masalah/keluhan lain yang mungkin terjadi) 4. Memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif dan cara perawatan payudara ibu 5. Menjelaskan kebutuhan nutrisi pada neonatus 6. Menjelaskan kebutuhan eliminasi pada neonatus 7. Menjelaskan kebutuhan tidur pada neonatus 8. Menjelaskan kebutuhan kebersihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat 2. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus 3. Memecahkan masalah jika ada masalah pada perawatan neonatus 4. Menambah pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara 5. Agar kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi 6. Agar kebutuhan eliminasi bayi terpenuhi 7. Agar kebutuhan tidur bayi terpenuhi 8. Agar kebutuhan kebersihan kulit neonatus terpenuhi dan mencegah terjadinya

		kulit pada neonatus 9. Menjelaskan kebutuhan keamanan pada neonatus 10. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya 11. Dokumentasi	infeksi 9. Agar kebutuhan keamanan bayi terpenuhi
3	KN-3 (8-28 hari setelah bayi lahir)	1. Evaluasi kunjungan 2 2. Melakukan pemeriksaan umum pada neonatus 3. Melakukan evaluasi masalah (jika ada, seperti kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, diare, ikterus, kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI dan masalah/keluhan lain yang mungkin terjadi) 4. Memberikan informasi tentang pertumbuhan dan perkembangan pada neonatus 5. Memberikan informasi dan memotivasi ibu untuk melakukan imunisasi BCG dan polio 1 6. Memberikan informasi tentang pentingnya posyandu 7. Menjelaskan perawatan bayi jika sakit dengan menggunakan MTBM dan buku KIA 8. Motivasi ibu untuk memberikan ASI Eksklusif 9. Evaluasi hasil tindakan	1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat 2. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus 3. Menambah pengetahuan ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi, imunisasi dan posyandu 4. Menambah pengetahuan ibu tentang perawatan bayi sakit 5. Diharapkan ibu melakukan ASI Eksklusif 6. Mampu memberikan hasil evaluasi tindakan

DAFTAR HADIR PENELITI PADA KUNJUNGAN NEONATUS

HARI/TANGGAL	TTD PENELITI	TTD KLIEN	TTD BIDAN
Sabtu / 24 Februari 2018	 Ratih P.	 Augustus mutimma	 BIDAN PRAKTEK MANDIRI M. LUKMAN, Amd. Keb. No. 001/0008/2018 Jl. Sumber Bering Indah No. 42 RT. 05 RW.07 Kelurahan Kallirejo - Lawang (Bekalongan 71041) Telp. 0341-5401 686, 081 230 007 661, 081 2320 8023 Lilik Agustina, S.T., Keb
Rabu / 28 Februari 2018	 Ratih P.	 Augustus mutimma	 BIDAN PRAKTEK MANDIRI M. LUKMAN, Amd. Keb. No. 001/0008/2018 Jl. Sumber Bering Indah No. 42 RT. 05 RW.07 Kelurahan Kallirejo - Lawang (Bekalongan 71041) Telp. 0341-5401 686, 081 230 007 661, 081 2320 8023 Lilik Agustina, S.T., Keb
Minggu / 11 Maret 2018	 Ratih P.	 Augustus mutimma	 BIDAN PRAKTEK MANDIRI M. LUKMAN, Amd. Keb. No. 001/0008/2018 Jl. Sumber Bering Indah No. 42 RT. 05 RW.07 Kelurahan Kallirejo - Lawang (Bekalongan 71041) Telp. 0341-5401 686, 081 230 007 661, 081 2320 8023 Lilik Agustina, S.T., Keb

Lampiran

Formulir MTBM

FORMULIR PENGATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 24 - 2 - 2018
 Nama bayi : Ny "M" L/P Nama orang tua : Ny "M"
 Alamat : Desa Paksi Bukit Peko 3/4 Lawang
 Umur : 6 jam Berat badan : 3900 gram Suhu badan : 36,8 °C
 Tanyakan: Bayi ibu sakit apa? - Kunjungan pertama? Kunjungan ulang? -

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI <ul style="list-style-type: none"> Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya. Ada riwayat kejang. Bayi bergerak hanya jika dirangsang. Hitung napas dalam 1 menit ____ kali / menit. <ul style="list-style-type: none"> Ulangi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas kedua ____ kali / menit. Napas cepat. Napas lambat (< 30 kali / menit). Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. Bayi merintih. Suhu badan $\geq 37,5$ °C Suhu badan $< 35,5$ °C Mata bermanah : apakah sedikit atau banyak? Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. Pusar kemerahan atau bemanah. Ada pustul di kulit. 	mungkin Eutan Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> Ajari cara merawat bayi di rumah Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda
APAKAH BAYI DIARE ? Ya Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama - hari Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. Gelisah / rewel. Mata cekung. Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) Lambat. 	Tidak ada diare	Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda
MEMERIKSA IKTERUS. <ul style="list-style-type: none"> Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur ≥ 24 jam sampai ≤ 14 hari. Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari. Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. Tinja berwarna pucat 	Tidak ada ikterus	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur : <ul style="list-style-type: none"> - BB/U \leq -2 SD <input type="checkbox"/> - BB/U $>$ -2 SD <input type="checkbox"/> • Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <input type="checkbox"/> kali • Apakah bayi diberi minuman selain ASI? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <input type="checkbox"/> kali - Alat apa yang digunakan? <input type="checkbox"/> • Ada luka atau bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut. • Ada celah bibir/langit-langit 	<p>Berat Badan Tidak rendah dan tidak ada masalah pemberian ASI</p>	<p>Pujilah ibu karena telah memberikan ASI kepada bayinya dengan benar</p>
<p>JIKA : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI $<$ 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk ke Rumah Sakit.</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya. - Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayi sudah mau menyusui lagi <p>Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah posisi bayi benar. Seluruh badan bayi tersangga dengan baik – kepala dan tubuh bayi lurus – badan bayi menghadap ke dada ibu – badan bayi dekat ke ibu Posisi salah – posisi benar • Lihat apakah perlekatan benar. Dagu bayi menempel payudara – mulut bayi terbuka lebar – bibir bawah membuka keluar – areola bagian atas tampak lebih banyak. Tidak melekat sama sekali – tidak melekat dengan baik – melekat dengan baik • Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat – hanya terdengar suara menelan. Tidak mengisap sama sekali – tidak mengisap dengan efektif – mengisap efektif 	<p>Tidak ada masalah pemberian ASI</p>	<p>Puji ibu karena telah memberikan ASI kepada bayinya dengan benar</p>
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (tandai <input checked="" type="checkbox"/> jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>	<p>➔</p>	<p>Vitamin K1 diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>(HB-D) BCG Polio 1</p>	<p>➔</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>	<p>Tidak ada</p>	<p>-</p>
<p>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		

Lampiran

Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 28-2-2018
 Nama bayi : Ny. Nj. M. L(P) Nama orang tua : Ny. M.
 Alamat : Lons Ejan Bukit Petra 3/4 Lembang
 Umur : 4 hari Berat badan : 3300 gram Suhu badan : 36,6 °C
 Tanyakan: Bayi ibu sakit apa? Kunjungan pertama? Kunjungan ulang?

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI <ul style="list-style-type: none"> Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya. Ada riwayat kejang. Bayi bergerak hanya jika dirangsang. Hitung napas dalam 1 menit 48 kali / menit. <ul style="list-style-type: none"> Ulangi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas kedua 44 kali / menit. Napas cepat. Napas lambat (< 30 kali / menit). Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. Bayi merintih. Suhu badan $\geq 37,5^\circ\text{C}$ Suhu badan $< 35,5^\circ\text{C}$ Mata bermanah : apakah sedikit atau banyak? Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. Pusar kemerahan atau bermanah. Ada pustul di kulit. 	mungkin Bukan Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> Ajar cara merawat bayi dirumah Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda
APAKAH BAYI DIARE? Ya Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. Gelisah / rewel. Mata cekung. Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) Lambat. 	Tidak ada diare	Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda
MEMERIKSA IKTERUS. <ul style="list-style-type: none"> Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur ≥ 24 jam sampai ≤ 14 hari. Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari. Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. Tinja berwarna pucat 	Ikterus fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda Monitor lebih sering nasabah kapan segera kembali

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Berat badan menurut umur : <ul style="list-style-type: none"> BB/U \leq -2 SD <input type="checkbox"/> BB/U $>$ -2 SD <input type="checkbox"/> Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <input type="checkbox"/> kali Apakah bayi diberi minuman selain ASI? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <input type="checkbox"/> kali Alat apa yang digunakan? <input type="checkbox"/> Ada luka atau bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut. Ada celah bibir/tangit-langit 	<p>Berat Badan Tidak rendah dan tidak ada Masalah Pemberian ASI</p>	<p>Puji ibu karena telah memberi ASI kepada bayinya dengan benar</p>
<p>JIKA : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI $<$ 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk ke Rumah Sakit.</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <ul style="list-style-type: none"> Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya. Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayi sudah mau menyusui lagi <p>Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar. <p>Seluruh badan bayi tersangga dengan baik – kepala dan tubuh bayi lurus – badan bayi menghadap ke dada ibu – badan bayi dekat ke ibu</p> <p><i>Posisi salah – posisi benar</i></p> Lihat apakah perlekatan benar. <p>Dagu bayi menempel payudara – mulut bayi terbuka lebar – bibir bawah membuka keluar – areola bagian atas tampak lebih banyak.</p> <p><i>Tidak melekat sama sekali – tidak melekat dengan baik – melekat dengan baik</i></p> Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : <p>Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat – hanya terdengar suara menelan.</p> <p><i>Tidak mengisap sama sekali – tidak mengisap dengan efektif – mengisap efektif</i></p> 	<p>Tidak ada Masalah Pemberian ASI</p>	<p>Puji ibu karena telah memberikan ASI dengan benar</p>
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (tandai <input checked="" type="checkbox"/> jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>	<p>⇒</p>	<p>Vitamin K1 diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 BCG Polio 1</p>	<p>⇒</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>	<p>Tidak ada</p>	<p>-</p>
<p>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		

Lampiran

Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 11 - 3 - 2018
 Nama bayi : R. N. M. L. (P) Nama orang tua : Ny. "M"
 Alamat : Lontoh Bakti Rt. 3/4 Lanteh
 Umur : 15 hari Berat badan : 3800 gram Suhu badan : 36,0 °C
 Tanyakan: Bayi ibu sakit apa? Kunjungan pertama? Kunjungan ulang?

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 semuanya. Ada riwayat kejang. Bayi bergerak hanya jika dirangsang. Hitung napas dalam 1 menit <u>52</u> kali / menit. <ul style="list-style-type: none"> Ulangi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas kedua <u> </u> kali / menit. Napas cepat. Napas lambat (< 30 kali / menit). Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. Bayi merintih. Suhu badan $\geq 37,5$ °C Suhu badan $< 35,5$ °C Mata bermanah : apakah sedikit atau banyak? Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. Pusar kemerahan atau bermanah. Ada pustul di kulit. 	<p>mungkin bukan infeksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ajari cara merawat bayi Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda
<p>APAKAH BAYI DIARE? Ya <u> </u> Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama <u> </u> hari Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. Gelisah / rewel. Mata cekung. Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) Lambat. 	<p>Tidak ada diare</p>	<p>Lakukan Asuhan Dasar bayi muda</p>
<p>MEMERIKSA IKTERUS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur ≥ 24 jam sampai ≤ 14 hari. Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari. Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. Tinja berwarna pucat 	<p>Tidak ada ikterus</p>	<p>Lakukan Asuhan Dasar Bayi Muda</p>

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur : <ul style="list-style-type: none"> - BB/U \leq -2 SD <input type="checkbox"/> - BB/U $>$ -2 SD <input type="checkbox"/> • Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI? <ul style="list-style-type: none"> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <input checked="" type="checkbox"/> kali. • Apakah bayi diberi minuman selain ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <input type="checkbox"/> kali - Alat apa yang digunakan? <input type="checkbox"/> • Ada luka atau bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut. • Ada celah bibir/langit-langit 	<p>Berat badan Tidak rendah dan tidak ada masalah pemberian ASI</p>	<p>Puji ibu karena telah memberikan ASI kepada bayinya dengan benar</p>
<p>JIKA : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI $<$ 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk ke Rumah Sakit.</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya. - Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayi sudah mau menyusui lagi <p>Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah bayi menyusui dengan baik. <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah posisi bayi benar. <ul style="list-style-type: none"> Seluruh badan bayi tersangga dengan baik – kepala dan tubuh bayi lurus – badan bayi menghadap ke dada ibu – badan bayi dekat ke ibu <i>Posisi salah – posisi benar</i> • Lihat apakah perlekatan benar. <ul style="list-style-type: none"> Dagu bayi menempel payudara – mulut bayi terbuka lebar – bibir bawah membuka keluar – areola bagian atas tampak lebih banyak. <i>Tidak melekat sama sekali – tidak melekat dengan baik – melekat dengan baik</i> • Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : <ul style="list-style-type: none"> Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat – hanya terdengar suara menelan. <i>Tidak mengisap sama sekali – tidak mengisap dengan efektif – mengisap efektif</i> 	<p>Tidak ada masalah pemberian ASI</p>	<p>Puji ibu karena telah memberikan ASI kepada bayi dengan benar</p>
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (tandai <input checked="" type="checkbox"/> jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>	<p>➔</p>	<p>Vitamin K1 diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 BCG Polio 1</p>	<p>➔</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>	<p>Tidak ada</p>	<p>-</p>
<p>Nasihati kapan kembali segera Kunjungan ulang : hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KEHILAHAN IRI</p>		

PEDOMAN WAWANCARA RESPONDEN

Kunjungan Neonatal I

Hari, Tanggal :..... / Pukul :..... WIB

Tempat :.....

1) Biodata

Nama bayi :.....

Tanggal lahir :.....

Umur :.....

Jenis Kelamin :.....

Anak ke :.....

Biodata orang tua

Nama Ibu :..... Nama Suami :.....

Umur :..... Umur :.....

Agama :..... Agama :.....

Pendidikan :..... Pendidikan :.....

Pekerjaan :..... Pekerjaan :.....

Alamat :.....

2) Keluhan Utama

.....
.....

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

.....
.....

4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

(a) Riwayat Prenatal :

G..... P..... Ab..... Umur Kehamilan..... minggu

Riwayat ANC : teratur / tidak, kali, di..... oleh.....

Imunisasi TT :.....

Kenaikan BB :.....

Keluhan saat hamil :.....

Riwayat penyakit selama hamil : ada / tidak ada

Jantung , diabetes Mellitus , Gagal Ginjal , Hepatitis E , TBC

HIV Positif , trauma penganiayaan

Kebiasaan Makan :.....

Jamu/Obat :.....

Merokok : ya / tidak

Komplikasi Ibu : ada / tidak ada

Hiperemesis , Abortus , Perdarahan , Pre Eklampsia/Eklampsia

Diabetes Gestasional

b) Riwayat Natal

Lahir : Tanggal :..... Jam :.....

Jenis Persalinan : Spontan / Tindakan :.....

Atas indikasi :.....

Penolong :..... di :.....

c) Riwayat Postnatal

Komplikasi : ada / tidak ada

.....
.....

5) Riwayat Imunisasi

.....
.....

6) **Kebutuhan Dasar**

(a) **Pola Nutrisi**

.....
.....

(b) **Pola Eliminasi**

.....
.....

(c) **Pola Istirahat**

.....
.....

(d) **Pola Aktivitas**

.....
.....

7) **Data Psikososial**

.....
.....

8) **Data sosial budaya**

.....
.....

PEDOMAN PEMERIKSAAN PADA NEONATUS

Kunjungan Neonatal I

1) Pemeriksaan Umum

- KU :.....
- Kesadaran :.....
- Warna Kulit :.....
- Pernapasan :.....
- Denyut Jantung :.....
- Suhu :.....
- Nilai APGAR : 1 menit :.....
- 5 menit :.....
- 10 menit :.....

2) Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

- Kepala :.....
- Muka :.....
- Mata :.....
- Hidung :.....
- Telinga :.....
- Mulut :.....
- Leher :.....
- Dada :.....
- Abdomen :.....

Genetalia :.....
Anus :.....
Integumen :.....
Ekstremitas :.....

b) Palpasi

Kepala :.....
Abdomen :.....

c) Auskultasi

Dada :.....
Abdomen :.....

d) Perkusi

Abdomen :.....

3) Pemeriksaan Neurologis

- a) Refleks glabellar : +/-
- b) Refleks isap/sucking : +/-
- c) Refleks mencari (rooting) : +/-
- d) Refleks genggam (palmar grasp) : +/-
- e) Refleks babinski : +/-
- f) Refleks moro/terkejut : +/-
- g) Refleks tonik leher atau "fencing" : +/-

4) Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan :.....
Panjang Badan :.....
Lingkar Kepala :.....
Lingkar Dada :.....

Lingkar Lengan atas :.....

Ukuran Kepala

a) Diameter Suboksipitobregmatika (N : 9,5 cm) :.....

b) Diameter Suboksipitofrontalis (N : 11 cm) :.....

c) Diameter Frontooksipitalis (N : 12 cm) :.....

d) Diameter Mentooksipitalis (N : 13,5 cm) :.....

e) Diameter Submentobregmatika (N : 9,5 cm) :.....

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH :

Diagnosa :.....

Masalah :.....

ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL :

.....

IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA :

.....

INTERVENSI :

.....

.....

IMPLEMENTASI :

.....

.....

EVALUASI

Tanggal :..... Jam :.....

Subjektif :

Objektif :
Analisa
Penatalaksanaan

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : Pukul :

Umur kehamilan : Minggu

Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain

Cara persalinan : Normal/Tindakan

Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
Lokhia berbau/lain-lain)/
Meninggal*

Keterangan tambahan :

* *Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke :

Berat Lahir : gram

Panjang Badan : cm

Lingkar Kepala : cm

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*

Kondisi bayi saat lahir**:

Segera menangis Anggota gerak kebiruan

Menangis beberapa saat Seluruh tubuh biru

Tidak menangis Kelainan bawaan

Seluruh tubuh kemerahan Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **::

Inisiasi menyusu dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi

Suntikan Vitamin K1

Salep mata antibiotika profilaksis

Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan:

* *Lingkari yang sesuai*

** *Beri tanda [√] pada kolom yang sesuai*

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

4. PELAYANAN KESEHATAN PADA BAYI BARU LAHIR (KUNJUNGAN NEONATAL):

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu:

- Pertama pada 6 jam – 48 jam setelah lahir
- Kedua pada hari ke 3 – 7 setelah lahir
- Ketiga pada hari ke 8 – 28 setelah lahir

Ibu/keluarga memastikan bayi sudah mendapat pelayanan kesehatan dan tercatatnya hasil pelayanan sebagai berikut:

1. Berat badan
2. Panjang badan
3. Suhu (°C)
4. Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
5. Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
6. Frekuensi nafas/menit
7. Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
8. Memeriksa adanya diare
9. Memeriksa ikterus/bayi kuning.
10. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
11. Memeriksa status pemberian Vitamin K1
12. Memeriksa status imunisasi HB-0
13. Memeriksa masalah/keluhan ibu

Keterangan: diisi oleh ibu, beri tanda (✓) jika sudah dilaksanakan

Tanyakan kepada Bidan/Perawat/Dokter untuk penjelasan lebih lanjut terkait perawatan bayi baru lahir

5. TANDA BAHAYA PADA BAYI BARU LAHIR:

Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya di bawah ini, bayi segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

- a. Tidak mau menyusu
- b. Kejang-kejang
- c. Lemah
- d. Sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
- e. Bayi merintih atau menangis terus menerus
- f. Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah
- g. Demam/panas tinggi
- h. Mata bayi bernanah
- i. Diare/buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari
- j. Kulit dan mata bayi kuning
- k. Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

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 B0 0,5ml intramuskular, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 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

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl:	Tgl:	Tgl:
Berat badan(kg) Panjang badan (cm) Suhu (°C) Tanyakan ibu, bayi sakit apa?			
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi napas (kali/menit) • Frekuensi denyut jantung (kali/menit) 			
Memeriksa adanya diare			
Memeriksa ikterus			
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI			
Memeriksa status pemberian vitamin K1			
Memeriksa status imunisasi HB-O			
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK <ul style="list-style-type: none"> - Skrining Hipotiroid Kongenital - Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+ - Konfirmasi hasil SHK 			
Memeriksa keluhan lain:			
Memeriksa masalah/keluhan ibu Tindakan (terapi/rujukan/ umpan balik)			
Nama pemeriksa			

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

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+**
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)													
BCG													
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

30

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

	POLTEKKES KEMENKES MALANG
	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
	PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI BARU LAHIR
Pengertian	Serangkaian kegiatan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir secara lengkap mulai daerah kepala sampai daerah kaki (dilakukan setelah bayi melakukan IMD minimal 1 jam)
Indikasi	Bayi baru lahir usia 0-28 hari
Tujuan	Untuk mengetahui sedini mungkin kemungkinan adanya kelainan fisik pada bayi baru lahir.
Petugas	Tenaga Kesehatan
Pengkajian	Kaji keadaan umum klien
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan dilakukan di tempat yang datar, rata, bersih, kering, hangat dan terang 2. Sebelum memeriksa bayi, cucilah tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering atau dianginkan. Jangan menyentuh bayi jika tangan anda masih basah dan dingin 3. Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang ada darah seperti tali pusat atau memasukan tangan ke dalam mulut bayi 4. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan kemudian keringkan 5. Untuk menjaga bayi tetap hangat, tidak perlu menelanjangi bayi bayi bulat-bulat pada setiap tahap pemeriksaan. Buka hanya pada bagian yang akan diperiksa atau diamati dalam waktu singkat untuk mencegah kehilangan panas.
Persiapan Alat	<p>Alat dan Bahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lampu yang berfungsi untuk penerangan dan memberikan kehangatan 2. Air bersih, sabun, handuk kering dan hangat 3. Sarung tangan bersih 4. Kain bersih 5. Stetoskop 6. Jam dengan jarum detik 7. Termometer

	8. Timbangan bayi 9. Pengukur panjang bayi 10. Pengukur lingkaran kepala
Prosedur	Prinsip : 1. Pemeriksaan dilakukan pada saat keadaan bayi tenang (tidak menangis) 2. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernafasan dan tarikan dinding dada ke dalam, denyut jantung serta perut 3. Lihat postur, tonus dan aktivitas a. Posisi tungkai dan lengan fleksi b. Bayi sehat dan bergerak aktif 4. Lihat kulit a. Wajah, bibir dan selaput lendir serta dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul 5. Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada kedalam ketika bayi sedang tidak menangis a. Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit b. Tidak ada tarikan dinding dada kedalam yang kuat 6. Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis a. Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit 7. Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer a. Suhu normal adalah 36,5-37,5° celsius 8. Lihat dan raba bagian kepala a. Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam b. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, atau dapat sedikit membonjol ketika bayi menangis 9. Lihat mata a. Tidak ada kotoran/sekret 10. Lihat bagian dalam mulut. a. Masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit b. Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah c. Nilai kekuatan isap bayi, bayi akan engisap kuat jari pemeriksa 11. Lihat dan raba perut. 12. Lihat tali pusat a. Perut bayi datar, teraba lemas b. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat

	<p>13. Lihat punggung dan raba tulang belakang</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kuliat terlihat utuh. Tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang <p>14. Lihat ekstremitas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hitung jumlah jari tangan dan kaki b. Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok kedalam atau keluar c. Lihat gerakan ekstremitas simetris atau tidak <p>15. Lihat lubang anus:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hindari memasukan alat atau jari dalam memeriksa anus b. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar c. Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar d. Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir <p>16. Lihat dan raba alat kelamin luar :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tanyakan pada ibu apakah sudah buang air kecil b. Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan c. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis d. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir <p>17. Timbang bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang bayi menggunakan selimut, hasil dikurangi selimut b. Berat lahir 2500-4000 gram c. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu kemudian naik kembali dan pada usia 2 minggu umumnya telah mencapai berat lahirnya. Penurunan berat badan maksimal untuk bayi baru lahir cukup bulan maksimal 10%, untuk bayi kurang bulan maksimal 15% <p>18. Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Panjang lahir normal 48-5 cm b. Lingkar kepala normal 33-37 cm <p>19. Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala dan badan dalam satu garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya b. Bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada dalam mulut bayi c. Mengisap dalam dan pelan kadang disertai berhenti sesaat <p>20. Bila terlihat tanda-tanda bahaya berikutnya pada bayi, segera rujuk ke fasilitas kesehatan</p> <p>Tanda bahaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak dapat menyusu b. Kejang c. Mengantuk atau tidak sadar d. Napas lebih dari 60 kali per menit e. Merintih f. Retraksi dinding dada bawah
--	---

	<ul style="list-style-type: none">g. Sianosis sentral <p>21. Melengkapi catatan medis</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kondisi bayib. Imunisasi yang diberikan, jika adac. Keterangan rujukan bila ddirujuk
Referensi	Anatomi. 2008. Asuhan Persalinan Normal. JNPK-KR. Departemen Kesehatan RI.Jakarta Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Kemenkes RI.2011



POLTEKKES KEMENKES MALANG

STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMERIKSAAN TALI PUSAT

Pengertian	Memberikan perawatan tali pusat pada bayi dimulai dari setelah bayi lahir hingga dengan tali pusat lepas.
Indikasi	Bayi baru lahir hingga 10 hari pasca kelahiran
Tujuan	Mencegah terjadinya infeksi
Petugas	Tenaga Kesehatan
Persiapan	Tempat: aman, nyaman, bersih, tenang
Persiapan Alat	Alat dan Bahan : b. Air DTT, hangat : untuk membasuh dan menyabuni, untuk membilas c. Washlap kering dan basah d. Sabun bayi e. Kassa steril
Prosedur	d. Mencuci tangan e. Dekatkan alat f. Siapkan 1 set baju yang tersusun rapi, yaitu: celana, baju, bedong yang sudah di gelar g. Membuka bedong bayi h. Lepas bungkus tali pusat i. Bersihkan dengan washlap 2 - 3 kali dari bagian muka sampai kaki / atas ke bawah j. Pindahkan bayi ke baju dan bedong bersih k. Bersihkan tali pusat dengan cara: c. Pegang bagian ujung d. Basahi dengan washlap dari ujung melingkar ke batang e. Disabuni pada bagian batang dan pangkal f. Bersihkan sampai sisa sabunya hilang g. Keringkan sisa air dengan kassa steril h. Tali pusat ditutup dengan kassa steril l. Pakaikan popok, ujung atas popok dibawah tali pusat, dan talikan di pinggir. Keuntungan: tali pusatnya tidak lembab, jika pipis tidak mengenai tali pusat, tetapi ke bagian popok dulu m. Bereskan alat

	n. Cuci Tangan
--	----------------



POLTEKKES KEMENKES MALANG

STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMERIKSAAN TALI PUSAT

Pengertian	Memberikan perawatan tali pusat pada bayi dimulai dari setelah bayi lahir hingga dengan tali pusat lepas.
Indikasi	Bayi baru lahir hingga 10 hari pasca kelahiran
Tujuan	Mencegah terjadinya infeksi
Petugas	Tenaga Kesehatan
Persiapan	Tempat: aman, nyaman, bersih, tenang
Persiapan Alat	Alat dan Bahan : f. Air DTT, hangat : untuk membasuh dan menyabuni, untuk membilas g. Washlap kering dan basah h. Sabun bayi i. Kassa steril
Prosedur	o. Mencuci tangan p. Dekatkan alat q. Siapkan 1 set baju yang tersusun rapi, yaitu: celana, baju, bedong yang sudah di gelar r. Membuka bedong bayi s. Lepas bungkus tali pusat t. Bersihkan dengan washlap 2 - 3 kali dari bagian muka sampai kaki / atas ke bawah u. Pindahkan bayi ke baju dan bedong bersih v. Bersihkan tali pusat dengan cara: i. Pegang bagian ujung j. Basahi dengan washlap dari ujung melingkar ke batang k. Disabuni pada bagian batang dan pangkal l. Bersihkan sampai sisa sabunya hilang m. Keringkan sisa air dengan kassa steril n. Tali pusat ditutup dengan kassa steril w. Pakaikan popok, ujung atas popok dibawah tali pusat, dan talikan di pinggir. Keuntungan: tali pusatnya tidak lembab, jika pipis tidak mengenai tali pusat, tetapi ke bagian popok dulu x. Bereskan alat

	y. Cuci Tangan
--	----------------

ASI EKSKLUSIF



Disusun Oleh:
Ratih Permatasari

1502100007

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKES KEMENKES MALANG
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2017

DEFENISI

Bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa tambahan makanan (pisang, bubur, biscuit dll), maupun cairan (susu formula, air jeruk, air putih air teh) kecuali vitamin dan obat.



MANFAAT BAGI IBU

1. Dapat digunakan sebagai KB alami.
2. Mempercepat proses pemulihan rahim, pembentukan tubuh ke ukuran semula
3. Murah, mudah, bersih dan ramah lingkungan, dan praktis.
4. Mengurangi resiko kanker payudara

MANFAAT UNTUK BAYI

1. Merangsang perkembangan otak dan meningkatkan kecerdasan.
2. Meningkatkan kekebalan tubuh bayi.
3. Menjaga terhadap penyakit saluran pencernaan dan alergi.
4. Membantu mengembangkan rahang dan otot wajah dengan benar.

Cara memperbanyak ASI

1. Meningkatkan frekuensi menyusui
2. Kosongkan payudara setelah anak selesai menyusu
3. Ibu harus dalam keadaan rileks
4. Posisi menyusui yang benar
5. Ibu menyusui mengkonsumsi makanan yang bergizi.

TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR

Posisi tepat menyusui

- ✦ Leher bayi pada siku, telapak tangan menyangga bokong bayi
- ✦ Hidung bayi menghadap puting susu ibu
- ✦ Perut Bayi menempel pada perut ibu
- ✦ Badan bayi sejajar
- ✦ Telinga, lengan sampai kaki lurus



Perlekatan

C

CHIN
Dagu bayi menempel payudara ibu

A

AREOLA
Tertutup mulut bayi terutama bagian bawah

L

LIPS
Bibir atas dan bawah bayi terlipat keluar (dower)

M

MOUTH
Mulut bayi terbuka lebar



Cara menyendawakan bayi

1. Sandarkan bayi dipundak ibu, tepuk punggungnya dg pelan
2. Bayi ditelungkupkan di pangkuan ibu sambil di gosok punggungnya





Terima Kasih

SEGERA !!!

PERIKSAKAN BAYI KE
DOKTER/ BIDAN/PERAWAT
JEKA MENEMUKAN
SATU ATAU LEBIH TANDA
BAHAYA PADA BAYI

Usahakan bayi tetap hangat selama dalam perjalanan ke tempat pemeriksaan dengan cara:

1. Membungkus atau menyelimuti bayi dengan kain yang kering, hangat dan tebal



2. Jangan meletakkan bayi di tepi jendela atau pintu kendaraan
3. Kalau memungkinkan dapat pula dilakukan Perawatan Bayi Melekat (Kangaroo Mother Care)
4. Bayi terus disusui selama dalam perjalanan

Perawatan bayi melekat



Waspadalah !!! Kenalisesegera Tanda-tanda Bahaya pada bayi ANDA



TANDA-TANDA
BAHAYA
Bayi baru lahir

Mengapa Penting Mengenal Tanda Bahaya pada BBL?

1. Bayi baru lahir gampang sakit. Kalau sakit, cepat menjadi berat dan serius bahkan bisa meninggal
2. Gejala sakit pada bayi baru lahir sulit dikenali
3. Dengan mengetahui tanda bahaya, bayi akan cepat mendapat pertolongan sehingga dapat mencegah kematian

BBL Banyak Yang Meninggal Karena :

1. Terlambat mengetahui tanda bahaya
2. Terlambat memutuskan untuk membawa bayi berobat ke petugas kesehatan
3. Terlambat sampai ke tempat pengobatan

ANAK SEHAT
IDAMAN KITA



ADA SAJA TANDA BAHAYA PADA BAYI BARU LAHIR ??

1. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum. Ini tandanya bayi terkena infeksi berat.
2. Bayi kejang
3. Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang. Ini tandanya bayi sakit berat.
4. Sesak nafas (= 60 kali/menit)
5. Bayi merintih. Ini tandanya bayi sakit berat
6. Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai dinding perut, tandanya sudah infeksi berat



7. Demam (suhu tubuh bayi lebih dari 37,5° C) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari 36,5° C)

8. Mata bayi bernanah banyak. Ini dapat menyebabkan bayi menjadi buta



9. Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat.



10. Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :
 - a. Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir
 - b. Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari
 - c. Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki



11. Buang air besar/tinja bayi berwarna pucat

6. perawatan Mata Bayi (jika kotor)



Bersihkan mata bayi dengan kapas bulat yang di celupkan air hangat

7. perawatan Telinga Bayi (Jika Kotor)



Bersihkan dengan kapas bertangkai yang ujungnya dibasahi air hangat

8. Menidurkan Bayi



Bayi tidur ± 16jam/hari, pasang kelambu saat bayi tidur siang/malam dan pastikan bayi aman

9. Memberikan ASI

Berikan ASI eksklusif hingga bayi umur 6 bulan



TANDA—TANDA BAHAYA BAYI BARU LAHIR

1. Malas menyusu
2. Kejang
3. Mengantuk terus atau tidak sadar
4. Nafas cepat (> 60x/m) atau nafas lambat (<20x/m)
5. Tangisan merintih
6. Tubuh tampak kuning
7. Tali pusat kemerahan atau berbau



PERAWATAN BAYI BARU LAHIR



Oleh :

Ratih Permatasari

NIM. 1502100007

BAYI BARU LAHIR (BBL)



Bayi yang lahir normal atau cukup bulan dengan lama kehamilan 37—42 minggu dan berat lahir 2500—4000 gram baik secara normal maupun operasi sesar.

APA TUJUAN PERAWATAN BBL...?

1. Mempertahankan kebersihan dan kesehatan bayi
2. Mempertahankan kehangatan dan mencegah suhu bayi turun
3. Memastikan keamanan dan mencegah cedera atau infeksi
4. Mengidentifikasi masalah—masalah yang memerlukan perhatian segera

Apa saja perawatan BBL yang di lakukan di rumah ???

1. Perawatan tali pusat



- Jangan beri apapun, selalu pastikan dalam keadaan kering.
- Biasanya akan lepas sebelum 1-2 minggu
- Bungkus dengan kasa steril kering

2. memandikan bayi baru lahir



Memandikan bayi menggunakan air hangat dan jangan terlalu lama, dan aman lalu pakaikan baju, dan topi agar menjaga kehangatannya

3. Menjaga Kebersihan Kemaluan



Bersihkan dengan air seperti selesai BAB/BAK dan hindari menggunakan popok diapers sepanjang hari

4. Menjaga Kehangatan Bayi



5. perawatan kuku bayi



Gunting kuku bayi setiap panjang saat dia tidur dengan hati-hati

Dokumentasi hasil Asuhan

