

Lampiran 2. Pernyataan Kesiediaan Pembimbing

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya , yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama dan gelar : Ita Yuliani, SST., M.Keb
2. NIP : -
3. Pangkat dan Golongan : -
4. Jabatan : Dosen
5. Asal Institusi : Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2 Kebidanan
7. Alamat dan Nomer yang bisa dihubungi :
 - a. Rumah : Bibis RT 14 RW 04 Keret Krembung Sidoarjo
 - b. Telepon / HP : 081216166881
 - c. Alamat Kantor : Jl. Simpang Ijen No.37 C Malang
 - d. Telepon Kantor : (0341) 551265

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

- Nama : Finta Rosalina
NIM : 1502100034
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. X di BPM
Srilejaring Tyas, AMd.Keb, Sukun-Malang

(*coret yang tidak perlu)

Malang, November 2017

Dosen Pembimbing



Ita Yuliani, SST., M.Keb

Lampiran 3. Surat Permohonan Studi Pendahuluan



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. KH 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/ 3153 /2017
Hal : Permohonan Pelaksanaan Studi Pendahuluan

Kepada Yth:

1. Pimpinan BPM Srilejaring Tyas, A.Md.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:

Nama : Finta Rosalina
N I M : 1502100034
Program Studi : D-III Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : "Asuhan Kebidanan Neonatus di BPM Srilejaring Tyas, A.Md.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. Finta Rosalina

Lampiran 4. Surat Balasan Izin Pelaksanaan Studi Pendahuluan

Malang, September 2017

Kepada

Yth,

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Di.-

MALANG

Menindak lanjuti surat saudara dengan nomor: **KH.04.01/5.0/3153/2017** perihal permohonan pelaksanaan Studi Pendahuluan sebagai salah satu prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, pada prinsipnya saya selaku Bidan Praktek Mandiri yang digunakan sebagai tempat penelitian mahasiswa:

Nama : Finta Rosalina
NIM : 1502100034
Program Studi : D-III Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : *"Asuhan Kebidanan Neonatus di BPM Srilejaring Tyas, A.Md.Keb"*

Telaah mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan Studi Pendahuluan di tempat saya. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatian saya ucapkan terima kasih.

Mengetahui,

Pembimbing Lahan



Srilejaring Tyas, A.Md.Keb

Lampiran 5 : Jadwal Rencana Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

No	Kunjungan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Tempat/ Waktu
1.	KN-1 (6-48 jam setelah lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Melakukan pengkajian data pada klien 3. Melakukan pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus 4. Memastikan bayi telah diberi injeksi Vitamin K1 5. Memastikan bayi telah diberi salep mata profilaksis 6. Pemberian Imunisasi HB-0 7. Konseling pencegahan hipotermi 8. Konseling Perawatan tali pusat 9. Konseling Pemberian ASI eksklusif 10. Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM 11. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya 12. Dokumentasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara klien dengan petugas kesehatan 2. Untuk mengetahui riwayat neonatus 3. Mendeteksi adanya masalah atau kelainan pada neonatus 4. Mencegah terjadinya perdarahan pada neonatus 5. Mencegah terjadinya infeksi mata 6. Mencegah bayi tertular infeksi Hepatitis B 7. Mencegah terjadinya hipotermi 8. Mencegah infeksi pada tali pusat bayi 9. ASI merupakan makanan terbaik bayi dan juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh), dan melatih reflex dan motorik bayi (asih) 10. Mendeteksi secara dini tanda bahaya agar tidak terjadi komplikasi 11. Membuat janji pada ibu jika akan dilakukan kunjungan ulang 12. Mendokumentasikan seluruh asuhan dan dilakukan analisa untuk 	Neonatus/ Keluarga	BPM

			mengetahui diagnosa pada neonatus		
2.	KN-2 (3-7 jam setelah lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan I 2. Pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus 3. Konseling perawatan tali pusat 4. Konseling pencegahan hipotermi 5. Konseling perawatan bayi sehari-hari 6. Mengajarkan ibu perawatan payudara 7. Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM 8. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya 9. Dokumentasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan ibu memahami dan mempraktekan apa yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya. 2. Memastikan kondisi bayi saat ini sehat. 3. Mencegah infeksi pada tali pusat 4. Mencegah terjadinya hipotermi 5. Menambah pengetahuan ibu tentang cara perawatan bayi sehari-hari 6. Menambah pengetahuan ibu tentang perawatan payudara 7. Mendeteksi secara dini tanda bahaya agar tidak terjadi komplikasi 8. Membuat janji pada ibu jika akan dilakukan kunjungan ulang 9. Mendokumentasikan seluruh asuhan dan dilakukan analisa untuk mengetahui diagnosa pada neonatus 	Neonatus/ Keluarga	BPM/ Rumah
3.	KN-3 (8-28 jam setelah lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan II 2. Pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus 3. Memberikan informasi tentang imunisasi BCG dan Polio 4. Konseling perawatan bayi sehari-hari 5. Memberi informasi tentang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan ibu memahami dan mempraktekan apa yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya. 2. Menambah pengetahuan ibu tentang imunisasi BCG dan Polio 3. Menambah pengetahuan ibu tentang cara perawatan bayi sehari-hari 4. Menambah pengetahuan ibu tentang 	Neonatus/ Keluarga	BPM/ Rumah

		<p>pertumbuhan dan perkembangan</p> <ol style="list-style-type: none">6. Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM7. Evaluasi hasil tindakan	<p>pertumbuhan dan perkembangan</p> <ol style="list-style-type: none">5. Mendeteksi secara dini tanda bahaya agar tidak terjadi komplikasi6. Mampu memberikan hasil evaluasi tindakan		
--	--	---	--	--	--



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. KH WakhidHasyim No. 64 B Kediri, Telp(0354)773095
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



5 Februari 2018

Nomor : PP.04.03/5.0/ 644 /2018
Hal : Permohonan Pelaksanaan Penelitian

Kepada, Yth:

1. Kepala Bakesbangpol Kota Malang
 2. Pimpinan BPM Srilejaring Tyas, A.Md.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 Penelitian mahasiswa kami:

N a m a : Finta Rosalina
N I M : 1502100034
Program Studi : D-III Kebidanan Malang
Semester : VI (Enam)
Judul : "Asuhan Kebidanan Neonatus Di BPM Srilejaring Tyas, A.Md.Keb"

Demikian atas perhatian, bantuan serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n. Direktur,
Ketua Jurusan Kebidanan,

HERAWATI MANSUR, SST.,M.Pd.,M.Psi.
NIP. 196501101985032002

Tembusan Kepada Yth:

1. Kaprodi D-III Kebidanan Malang
2. Finta Rosalina



PEMERINTAH KOTA MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. A. Yani No. 98 Telp. (0341) 491180 Fax. 474254
M A L A N G

Kode Pos 65125

REKOMENDASI PELAKSANAAN PENELITIAN
NOMOR : 072/329.02.P/35.73.406/2018

Berdasarkan pemenuhan ketentuan persyaratan sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Walikota Malang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Pelayanan Pemberian Rekomendasi Pelaksanaan Penelitian dan Praktek Kerja Lapangan di Lingkungan Pemerintah Kota Malang Oleh Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Malang serta menunjuk surat Kajur Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang DP.04.03/5.0/644/2018 tgl. 5 Februari 2018 perihal : Permohonan Pelaksanaan Penelitian. kepada pihak sebagaimana disebut di bawah ini :

- a. Nama : FINTA ROSALINA. (peserta : - orang terlampir).
- b. Nomor Identitas : 1502100034.
- c. Judul Penelitian : Asuhan Kebidanan Neonatus di BPM Srilejaring Tyas, A.Md.Keb

dinyatakan memenuhi persyaratan untuk melaksanakan penelitian skripsi yang berlokasi di:
- Dinas Kesehatan Kota Malang.

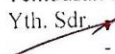
Sepanjang yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Tidak melakukan penelitian yang tidak sesuai atau tidak ada kaitannya dengan judul, maksud dan tujuan penelitian;
- b. Menjaga perilaku dan mentaati tata tertib yang berlaku pada Lokasi tersebut di atas;
- c. Mentaati ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan masa berlaku rekomendasi ini adalah sejak tanggal *ditetapkan s/d 30 April 2018*.

Malang, 22 Pebruari 2018
An KEPALA BAKESBANGPOL
PEMERINTAH KOTA MALANG
Sekretaris,

H. M. LYONO, SIP., MT.
Pembina
NIP. 19720420 199201 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr.  Kajur Poltekkes Kemenkes Malang;
- Yang bersangkutan

Lampiran 8. Surat Balasan Izin Pelaksanaan Penelitian

**SURAT BALASAN
IZIN PELAKSANAAN PENELITIAN**

Malang, 7 Februari 2018

Kepada :

Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Di,-

MALANG

Menindaklanjuti surat dengan Nomor: PP.04.03/5.0/644/2018 tentang permohonan pelaksanaan penelitian sebagai salah satu prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, pada prinsipnya saya selaku bidan wilayah Kecamatan Sukun, Kota Malang yang digunakan sebagai tempat penelitian mahasiswa:

Nama : Finta Rosalina
NIM : 1502100034
Program Studi : D-III Kebidanan Malang
Semester : VI (Enam)
Judul : *“Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. X di BPM
Srilejaring Tiyas, AMd.Keb”*

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian di tempat saya.
Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Bidan,


Srilejaring Tiyas, AMd.Keb

Lampiran 9: Penjelasan Sebelum Pemberian Asuhan (PSP)

PENJELASAN SEBELUM PEMBERIAN ASUHAN

Saya mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Nama : Finta Rosalina

NIM : 1502100034

Dengan ini meminta Saudara/I untuk berpartisipasi secara sukarela untuk menjadi subjek asuhan kebidanan yang berjudul "Asuhan Kebidanan Neonatus di BPM Srilejaring Tyas, AMd.Keb"

Tujuan dari Asuhan Kebidanan ini diantaranya memberikan :

1. Prosedur yang akan dilakukan antara lain pengkajian, perawatan pada bayi atau neonatus dan melakukan kunjungan rumah.
2. Keuntungan yang dapat diperoleh oleh ibu dan bayi yaitu mendapatkan perawatan selama bayi baru lahir usia 0 sampai dengan usia 28 hari setelah lahir, termasuk didalamnya konseling kesehatan ibu dan bayi.
3. Seandainya saudara tidak menyetujui atau menolak dengan asuhan yang akan diberikan, Saudara/i berhak untuk mengundurkan diri.
4. Adapun identitas, dan hasil lembar observasi Saudara/i akan kami jaga kerahasiaannya.

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Malang... 4 APRIL 2018

Yang Memberikan Asuhan



Finta Rosalina
NIM. 1502100034

Lampiran 10: Surat Permohonan Kesiediaan Menjadi Subjek Studi Kasus

**SURAT PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI SUBJEK
STUDI KASUS**

Kepada Yth.

Sdr/i LINA

Di MALANG, Kecamatan Sukun

Kota Malang

Dengan Hormat

Sehubungan dengan adanya penyusunan Laporan Tugas Akhir sebagai persyaratan bagi mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan, maka bersama ini saya memohon bantuan kepada Saudara/i untuk bersedia menjadi subjek kepada asuhan kebidanan yang akan dilakukan.

Adapun judul asuhan kebidanan saya adalah "Studi Kasus Asuhan Kebidanan Neonatus di BPM Srilejaring Tyas, A.Md.,Keb, Kecamatan Sukun-Malang".

Saya akan menjamin kerahasiaan informasi yang Saudara/i berikan dan hasilnya digunakan sebagai pengembangan ilmu kesehatan khususnya pada asuhan kebidanan.

Atas kesediaan dan bantuan serta kerjasama Saudara/i, saya mengucapkan terimakasih.

Malang, 4 APRIL 2018

Hormat saya,



Finta Rosalina
NIM. 1502100034

Lampiran 11: Pernyataan Persetujuan (*informed consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN KLIEN
(*informed consent*)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. Lina
Umur : 24 tahun
Alamat : Klayatan Bg. II 4/1

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat studi kasus yang akan diberikan, maka saya **Bersedia / Tidak Bersedia.***)

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan.

Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut dikemudian hari.

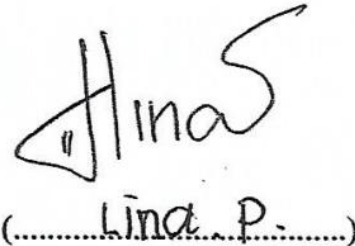
Malang, 4- April 2018

Yang Memberikan Asuhan



(Finta Rosalina)
NIM. 1502100034

Yang Membuat Persetujuan



(Lina P.)

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 12. Format Pengkajian Neonatus Varney

(Digunakan Pada Kunjungan 1)

ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

I.PENGGKAJIAN

Tanggal :
Pukul :
Tempat :
Oleh :

A.DATA SUBJEKTIF

1) Biodata

a. Biodata Bayi

Nama :
Umur :
Tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Anak ke- :
Alamat :

b. Biodata Orang tua

Nama Ibu/Ayah : /
Usia : /
Agama : /
Suku/Bangsa : /
Pendidikan : /
Pekerjaan : /
Alamat : /

2) Keluhan Utama

.....
.....
.....
.....

3) Riwayat Prenatal, Natal, dan Postnatal

a) Riwayat Prenatal

Kehamilan ke :
Keluhan TM 1,2,dan 3 :

.....
.....
.....
.....

Frekuensi ANC selama kehamilan TM 1,2 dan 3 ;.....

.....
.....

-
- HPHT :
- Pola Nutrisi :
- Riwayat Kesehatan :
- b) Riwayat Natal
- Tempat lahir :
- Ditolong oleh :
- Jenis Persalinan :
- Lama Persalinan :
- Komplikasi Persalinan :
- Lahir tanggal/pukul :
- Berat badan lahir :
- Panjang badan lahir :
- c) Riwayat Postnatal
- Keadaan tali pusat :
- Injeksi Vit K :
- Salep mata tetrasiklin :
- Inisiasi Menyusui Dini :
- Pemberian ASI : Ya/Tidak
- 4) Riwayat Psikososial
-
-
-
- 5) Pola Kebiasaan Sehari-hari
- a) Pola Nutrisi :
- b) Pola Eliminasi :
- c) Pola Istirahat :
- d) Pola Aktivitas :

B. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum :
- b) Kesadaran :

2) Pemeriksaan Khusus :

- a) Tanda-Tanda Vital :
1. Suhu : °C
 2. Nadi : kali/menit
 3. Pernafasan : kali/menit
- Teratur ronkhi apnea
- Tidak teratur cuping hidung wheezing
- Lain-lain, jelaskan.....
4. Denyut jantung:.....

b) Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala
 Cephal Hematom Caput susedanum
 Microsephal Macrosephal
 Lain-lain, Jelaskan.....
- b. Muka
 Kemerahan Pucat Asimetris
 Simetris
- c. Mulut
 Kering/basah sianosis labioskihiziz
 Palatoskizhis
 Lain-lain, Jelaskan.....
- d. Hidung
 Pernafasan Cuping Hidung Sekret Mukopurulen
 Pernafasan Mulut Tidak Ada Sekret
- e. Leher
 Normal Tidak ada selaput Ada selaput
 Pergerakan bebas
- f. Dada
 Simetris Asimetris Retraksi dada
 Lain-lain, Jelaskan.....
- g. Abdomen
 Datar Cekung Cembung
 Bising Usus : Positif Negatif
 Meningkatkan Menurun
 Tali Pusat : Perdarahan : Ya Tidak
 Lain-lain,jelaskan.....
- h. Ekstermitas : Normal Polidaktili Sindaktili
- i. Kulit
 Kemerahan Biru Pucat
 Kuning
 Lain-lain,jelaskan.....
 Turgor : Baik Menurun Jelek
- j. Neurologis
 Reflek moro Reflek Rooting Reflek Glabela
 Reflek Gland Reflek Plantar Reflek Menghisap
 Reflek Babinski
- k. Genetalia
 Laki-Laki : Testis sudah turun Epispasdia
 Hipospasdia

Perempuan : Labia mayora menutupi labia minora

1. Anus
BAB dalam 24 jam : Sudah Belum

- c) Pemeriksaan Antropometri
1. Berat Badan :
 2. Panjang Badan :
 3. Lingkar dada :
 4. Lingkar kepala :
 5. Lingkar lengan atas :

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH

Dx: :.....
Ds :.....
.Do :.....

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

.....

IV IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

.....

V INTERVENSI

.....

.....

VI IMPLEMENTASI

.....

.....

VII EVALUASI

S.....

O.....

A.....

P.....

Lampiran 13: Format Catatan Perkembangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan ke :
Hari/Tanggal :
Tempat :
Waktu :

PENGKAJIAN		ANALISA	PENATALAKSANAAN
DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF		

Mahasiswa

Subjek Asuhan

(.....)

(.....)

Lampiran 14 : Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 4-4-2018
 Nama bayi : Bayu M R/P Nama orang tua : Ny. L
 Alamat : Klayatan II Rt. 4 RW 1 No. 6
 Umur : 6 jam Berat badan : 3000 gram Suhu badan : 36,7 °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 48 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 $\geq 37,5^{\circ}C$ • Suhu badan $< 35,5^{\circ}C$ • 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>	<p>- Ajari cara merawat bayi di rumah - Lakukan asuhan dasar bayi muda</p>
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <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. 		
<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 ditunjukkan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah inisiasi menyusui diri dilakukan? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur: <i>baik</i> <ul style="list-style-type: none"> - BBU \leq -2 SD - BBU $>$ -2 SD • 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? <i>5</i> 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? <i>5</i> kali - Alat apa yang digunakan? • 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? <i>Ya</i> <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>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 <input checked="" type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Polio 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>➔</p>	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini <u>HB-0</u></p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		
<p>Nasihat kapan kembali segera _____ hari Kunjungan ulang : <i>5</i> _____ hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		

Lampiran 14 : Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 3-4-2018
 Nama bayi : Bu. M
 Alamat : Kawatan J. Rt. 4 Rw. 1 No. 6
 Umur : 5 hari Berat badan : 2900 gram Suhu badan : 36.7 °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 49 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 bermanah. Ada pustul di kulit. 	MUNGKIN BUKAN INFEKSI	<ul style="list-style-type: none"> Ajari cara merawat bayi di rumah Lakukan asuhan dasar Bayi Muda
<p>APAKAH BAYI DIARE? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama ____ hari Kecelakaan 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>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 	TIDAK ADA IKTERUS	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 type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur: <u>675 kg</u> <ul style="list-style-type: none"> - BBAU \leq -2 SD <input type="checkbox"/> - BBAU $>$ -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? <u>9-10</u> 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? <u>Tidak</u> <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 mendengar suara menelan. <i>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap efektif</i> 		
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (tandai \checkmark 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>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : <u>10</u> hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		

Lampiran 14 : Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 19-4-2018
 Nama bayi : ky. al Nama orang tua : Ny. L
 Alamat : Klayatan 1 Rt. 4 Rw. 1 No. 6
 Umur : 19 hr Berat badan : _____ gram Suhu badan : 36,9 °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>42</u> 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? • Puser kemerahan meluas sampai dinding perut. • Puser kemerahan atau bermanah. • Ada pustul di kulit. 	<p>MUNGKIN BUKAN INFeksi</p>	<p>- Ajari cara merawat bayi di rumah - Lakukan asuhan dasar bayi muda</p>
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/></p> <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. 		
<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 ditanyakan)	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 _____ Tidak _____ • Berat badan menurut umur: <i>baik</i> <ul style="list-style-type: none"> - BBAU \leq -2 SD _____ - BBAU $>$ -2 SD _____ • Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI? <ul style="list-style-type: none"> Ya _____ Tidak _____ • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <i>10-11</i> kali • Apakah bayi diberi minuman selain ASI? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? _____ kali - Alat apa yang digunakan? _____ • 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 lah 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? <i>Ya</i> <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya. - Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayinya sudah mau menyusui bayi <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>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>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : <i>Apabila ada keluhan</i> hari _____</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		

Lampiran 15: MTBM (Kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri)

**PENILAIAN, KLASIFIKASI DAN TINDAKAN / PENGOBATAN
BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN**

TANYAKAN PADA IBU MENGENAI MASALAH ANAKNYA

Tanyakan apakah ini kunjungan pertama atau kunjungan ulang untuk masalah tersebut.

- Pada setiap kunjungan pertama lakukan penilaian sesuai dengan bagan.
- Pada kunjungan ulang lakukan penilaian secara lengkap, untuk klasifikasi Kunjungan pertama gunakan pedoman pelayanan tindak lanjut.

Jika bayi muda ditemukan dalam keadaan kejang atau henti napas, segera lakukan tindakan /pengobatan sebelum melakukan penilaian yang lain dan **RUJUK SEGERA**

TANDA / GEJALA KLASIFIKASI TINDAKAN/ PENGOBATAN

MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI

TANYAKAN :

- Apakah bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya ?
- Apakah bayi kejang ?

LIHAT DAN RABA :

- Apakah bayi bergerak hanya jika dirangsang?
- Hitung napas dalam 1 menit
Jika ≥ 60 kali/ menit, ulangi menghitung. Apakah bayi bernapas cepat (≥ 60 kali/menit) atau bayi bernapas lambat (< 30 kali/menit).
- Lihat apakah ada tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
- Dengarkan apakah bayi merintih ?
- Ukur suhu aksiler.
- Lihat, adakah pustul di kulit ?
- Lihat, apakah mata bermanah ?
- Apakah pusar kemerahan atau bermanah ? Apakah kemerahan meluas sampai ke dinding perut ?

Klasifikasikan
Kemungkinan
Penyakit berat /
Infeksi Bakteri

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak mau minum atau memuntahkan semua ATAU • Riwayat Kejang ATAU • Bergerak hanya jika dirangsang ATAU • Napas cepat (≥ 60 kali / menit) ATAU • Napas lambat (< 30 kali / menit) ATAU • Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat ATAU • Merintih ATAU • Demam ≥ 37.5 °C ATAU • Hipotermia berat < 35.5 °C ATAU • Nanah yang banyak di mata ATAU • Pusar kemerahan meluas ke dinding perut. 	<p>PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI BERAT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jika ada kejang, tangani kejang • Cegah agar gula darah tidak turun • Jika ada gangguan napas, tangani gangguan napas. • Jika ada hipotermia, tangani hipotermia • Beri dosis pertama antibiotik intramuskular • Nasihati cara menjaga bayi tetap hangat di perjalanan • RUJUK SEGERA
<ul style="list-style-type: none"> • Pustul kulit. ATAU • Mata bermanah. ATAU • Pusar kemerahan atau bermanah 	<p>INFEKSI BAKTERI LOKAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jika ada pustul kulit atau pusar bermanah, beri antibiotik oral. • Jika ada nanah di mata, beri salep/ tetes mata antibiotik • Ajari cara mengobati infeksi bakteri lokal di rumah • Lakukan asuhan dasar bayi muda • Nasihati kapan kembali segera • Kunjungan ulang 2 hari
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat salah satu tanda di atas. 	<p>MUNGKIN BUKAN INFEKSI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajari cara merawat bayi di rumah. • Lakukan asuhan dasar Bayi Muda.

Lampiran 16: MTBM (Diare)

APAKAH BAYI DIARE ?

Jika YA,

TANYAKAN :	LIHAT DAN RABA	Klasifikasikan Diare Untuk Dehidrasinya
<ul style="list-style-type: none"> Sudah berapa lama ? 	<ul style="list-style-type: none"> Lihat keadaan umum bayi, Apakah : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar ? Gelisah/ rewel ? Apakah matanya cekung ? Cubit kulit perut, Apakah kembalinya ? <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) ? Lambat ? 	

- Bayi muda dikatakan diare apabila terjadi perubahan bentuk feses, lebih banyak dan lebih cair (lebih banyak air daripada ampasnya).
- Pada bayi dengan ASI eksklusif berak biasanya sering dan bentuk feses lembek.

TANDA / GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>Terdapat 2 atau lebih tanda berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. Mata cekung. Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat 	DIARE DEHIDRASI BERAT	<ul style="list-style-type: none"> Tangani sesuai Rencana Terapi C. Jika bayi juga mempunyai klasifikasi lain yang membutuhkan rujukan segera : <ul style="list-style-type: none"> RUJUK SEGERA setelah memenuhi syarat rujukan dan selama perjalanan berikan larutan oralit sedikit demi sedikit. Nasihati agar ASI tetap diberikan jika memungkinkan. Cegah agar gula darah tidak turun. Nasihati cara menjaga bayi tetap hangat selama perjalanan.
<p>Terdapat 2 atau lebih tanda berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> Gelisah / rewel. Mata cekung. Cubitan kulit perut kembalinya lambat. 	DIARE DEHIDRASI RINGAN/ SEDANG	<ul style="list-style-type: none"> Jika bayi tidak mempunyai klasifikasi berat lain, tangani sesuai Rencana Terapi B Jika bayi juga mempunyai klasifikasi berat yang lain : <ul style="list-style-type: none"> RUJUK SEGERA dan selama perjalanan beri larutan oralit. Nasihati agar ASI tetap diberikan jika memungkinkan. Cegah agar gula darah tidak turun. Nasihati cara menjaga bayi tetap hangat selama perjalanan. Lakukan asuhan dasar bayi muda Nasihati kapan kembali segera. Kunjungan ulang 2 hari.
<ul style="list-style-type: none"> Tidak cukup tanda untuk dehidrasi berat atau ringan / sedang 	DIARE TANPA DEHIDRASI	<ul style="list-style-type: none"> Tangani sesuai Rencana Terapi A. Nasihati kapan kembali segera. Lakukan asuhan dasar bayi muda. Kunjungan ulang 2 hari.

Lampiran 17: MTBM (Ikterus)

MEMERIKSA IKTERUS

		TANDA / GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN	
<p>TANYAKAN :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi kuning? Jika ya, pada umur berapa timbul kuning? • Apakah warna tinja bayi pucat? 	<p>LIHAT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat, adakah kuning pada bayi? • Tentukan sampai di daerah manakah warna kuning pada bagian badan bayi? 	<p><i>Klasifikasikan Ikterus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Timbul kuning pada hari pertama (<24 jam) setelah lahir. ATAU • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari ATAU • Kuning sampai telapak tangan atau kaki ATAU • Tinja berwarna pucat 	<p>IKTERUS BERAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cegah agar gula darah tidak turun. • Nasihati cara menjaga bayi tetap hangat selama perjalanan. • RUJUK SEGERA 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Timbul kuning pada umur ≥ 24 jam sampai ≤ 14 hari DAN tidak sampai telapak tangan atau kaki 	<p>IKTERUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan asuhan dasar bayi muda. • Menyusu lebih sering. • Nasihati kapan kembali segera. • Kunjungan ulang 2 hari
			<ul style="list-style-type: none"> • Tidak kuning. 	<p>TIDAK ADA IKTERUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan asuhan dasar bayi muda.

Lampiran 18: MTBM (Berat Badan Rendah dan/atau Masalah Pemberian ASI)

MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI			TANDA / GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
<p>JIKA TIDAK ADA INDIKASI UNTUK DIRUJUK</p> <p>TANYAKAN ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan ? Apakah bayi bisa menyusui? Apakah ibu kesulitan dalam pemberian ASI ? Apakah bayi diberi ASI ? Jika YA berapa kali dalam 24 jam ? Apakah bayi diberi makanan / minuman selain ASI ? Jika YA, berapa kali dalam 24 jam ? Alat apa yang digunakan ? <p>LIHAT ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Tentukan berat badan menurut umur. Adakah luka atau bercak putih (thrush) di mulut ? Adakah celah bibir/ langit-langit ? <p>Klasifikasikan Berat Badan menurut umur dan / atau Masalah Pemberian ASI</p>			<ul style="list-style-type: none"> Berat badan menurut umur rendah ATAU Bayi tidak bisa menyusui ATAU Ada kesulitan pemberian ASI ATAU ASI kurang dari 8 kali/ hari ATAU Mendapat makanan atau minuman lain selain ASI. ATAU Posisi bayi tidak benar ATAU Tidak melekat dengan baik ATAU Tidak mengisap dengan efektif. ATAU Terdapat luka atau bercak putih di mulut (thrush) ATAU Ada celah bibir / langit-langit 	<p>BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN/ ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan asuhan dasar bayi muda Nasehati ibu untuk menjaga bayinya tetap hangat Ajarkan ibu untuk memberikan ASI dengan benar. Jika mendapat makanan/ minuman lain selain ASI, berikan ASI lebih sering. Makanan / minuman lain dikurangi kemudian dihentikan. Jika bayi tidak mendapat ASI : RUJUK untuk konseling laktasi dan kemungkinan bayi menyusui lagi Jika ada celah bibir/ langit-langit, nasihati tentang alternatif pemberian minum. Konseling bagi ibu / keluarga. Nasihati kapan kembali segera Kunjungan ulang 2 hari untuk gangguan pemberian ASI dan thrush. Kunjungan ulang 14 hari untuk masalah berat badan rendah menurut umur.
<p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI :</p> <p>Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Jika TIDAK, minta ibu untuk menyusui. Jika YA, minta ibu menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menyusui lagi. Amati pemberian ASI dengan seksama. Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. <p>Lihat, apakah bayi menyusui dengan baik ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat, apakah posisi bayi benar ? <i>Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, kepala dan badan bayi lurus, badan bayi menghadap ke dada ibu, badan bayi dekat ke ibu.</i> Lihat, apakah bayi melekat dengan baik ? <i>Dagu bayi menempel payudara, mulut terbuka lebar, bibir bawah membuka keluar, areola tampak lebih banyak di bagian atas daripada di bawah mulut.</i> Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif ? <i>Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, hanya terdengar suara menelan.</i> 			<ul style="list-style-type: none"> Tidak terdapat tanda / gejala diatas. 	<p>BERAT BADAN TIDAK RENDAH DAN TIDAK ADA MASALAH PEMBERIAN ASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pujilah ibu karena telah memberikan ASI kepada bayinya dengan benar.

Lampiran 19: MTBM (Tindakan dan Pengobatan)

TINDAKAN / PENGOBATAN

TINDAKAN / PENGOBATAN UNTUK BAYI MUDA YANG MEMERLUKAN RUJUKAN SEGERA (TINDAKAN PRA RUJUKAN)

BAYI DAPAT DIRUJUK APABILA :

- Suhu $\geq 35,5$ °C
- Denyut jantung ≥ 100 kali per menit (lihat pedoman resusitasi neonatus)
- Tidak ada tanda dehidrasi berat.

MENANGANI GANGGUAN NAPAS PADA PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI BERAT

- Posisikan kepala bayi setengah tengadah, jika perlu bahu diganjal dengan gulungan kain.
- Bersihkan jalan napas dengan menggunakan alat pengisap lendir.
- Jika mungkin, berikan oksigen dengan kateter nasal atau nasal prong dengan kecepatan 2 liter per menit.

Jika terjadi henti napas (apneu), lakukan resusitasi, sesuai dengan Pedoman Resusitasi Neonatus.

MENANGANI KEJANG DENGAN OBAT ANTI KEJANG

Untuk semua klasifikasi yang membutuhkan obat anti kejang :

Obat anti kejang pilihan pertama : Fenobarbital
Obat anti kejang pilihan kedua : Diazepam.

Fenobarbital	Diazepam
100 mg/ 2 ml (dalam ampul 2 ml) diberikan secara intramuskular	5 mg/ml (dalam ampul 1 ml) atau 10 mg/ 2 ml (dalam ampul 2 ml) diberikan per rektal.
Dosis : 30 mg = 0.6 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Berat < 2500 gram diberikan 0.25 ml* • Berat ≥ 2500 gram diberikan 0.50 ml*

* Diberikan dengan menggunakan semprit 1 ml.

Jika kejang timbul lagi (kejang berulang), ulangi pemberian Fenobarbital 1 kali lagi dengan dosis yang sama, minimal selang waktu 15 menit.

TINDAKAN / PENGOBATAN UNTUK BAYI MUDA YANG TIDAK MEMERLUKAN RUJUKAN

MEMBERI ANTIBIOTIK ORAL YANG SESUAI

Antibiotik per oral yang sesuai untuk INFEKSI BAKTERI LOKAL : AMOKSISILIN.

Umur atau Berat Badan	AMOKSISILIN Dosis 50 mg / kg BB / hari Beri tiap 8 jam selama 5 hari		
	Sirup 125 mg Setiap 5 ml (1 sendok takar)	Kaplet 250 mg 1 kaplet dijadikan 5 bungkus	Kaplet 500 mg 1 kaplet dijadikan 10 bungkus
1 hari - < 4 minggu (BB < 3 kg)	½ sendok takar	1 bungkus	1 bungkus
4 minggu - < 2 bulan (BB 3 - 4 kg)	½ sendok takar	2 bungkus	2 bungkus

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

KESEHATAN ANAK

1. TANDA BAYI BARU LAHIR SEHAT

- Bayi lahir langsung menangis.
- Tubuh bayi kemerahan.
- Bayi bergerak aktif.
- Berat lahir 2500 sampai 4000 gram
- Bayi menyusu dari payudara ibu dengan kuat



2. PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR SEHAT OLEH DOKTER/BIDAN/PERAWAT

meliputi:

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. Segera lakukan Inisiasi Menyusu Dini
6. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
7. Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah IMD
8. Beri 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



BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

3. PERAWATAN BAYI BARU LAHIR

a. Pemberian ASI

- Segera lakukan inisiasi menyusui dini (IMD).
- ASI yang keluar pertama berwarna kekuningan (kolostrum) mengandung zat kekebalan tubuh, langsung berikan pada bayi, jangan dibuang.
- Berikan hanya ASI saja sampai berusia 6 bulan (ASI Eksklusif).



Manfaat pemberian ASI:

1. Sehat, praktis dan tidak butuh biaya.
2. Meningkatkan kekebalan alamiah pada bayi.
3. Mencegah perdarahan pada ibu nifas.
4. Menjalinkan kasih sayang ibu dan bayi.
5. Mencegah kanker payudara.



BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

b. Cara Menjaga Bayi Tetap Hangat

- Mandikan bayi setelah 6 jam, dimandikan dengan air hangat.
- Bayi harus tetap berpakaian dan diselimuti setiap saat, memakai pakaian kering dan lembut.
- Ganti popok dan baju jika basah
- Jangan tidurkan bayi di tempat dingin atau banyak angin.
- Jaga bayi tetap hangat dengan menggunakan topi, kaos kaki, kaos tangan dan pakaian yang hangat pada saat tidak dalam dekapan.
- Jika berat lahir kurang dari 2500 gram, lakukan Perawatan Metode Kanguru (dekap bayi di dada ibu/bapak/anggota keluarga lain kulit bayi menempel kulit ibu/bapak/anggota keluarga lain)
- Bidan/Perawat/Dokter menjelaskan cara Perawatan Metode Kanguru



c. Perawatan Tali Pesar :

1. Selalu cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi.
2. Jangan memberikan apapun pada tali pesar.
3. Rawat tali pesar terbuka dan kering.
4. Bila tali pesar kotor atau basah, cuci dengan air bersih dan sabun mandi dan keringkan dengan kain bersih.



Pastikan

1. Bayi sudah mendapatkan suntikan vitamin K1, Imunisasi Hepatitis B0, dan salep mata.
2. Bayi sudah buang air kecil dan buang air besar dalam 24 jam pertama.

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 (gr)
2. Panjang badan (cm)
3. Suhu (°C)
4. Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
5. Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
6. Frekuensi nafas (kali/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

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

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

PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:

1. Jaga bayi tetap hangat
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu)
3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
4. Potong dan ikat tali pusar tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir.
5. Inisiasi Menyusu Dini
6. Salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
7. Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral
8. Imunisasi Hepatitis 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 (6–48 jam)	Kunjungan II (hari 3–7)	Kunjungan III (hari 8–28)
	Tgl:	Tgl:	Tgl:
Berat badan (gram)			
Panjang badan (cm)			
Suhu (°C)			
Frekuensi nafas (x/menit)			
Frekuensi denyut jantung (x/menit)			
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri			
Memeriksa ikterus			
Memeriksa diare			
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum			
Memeriksa status Vit K1			
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1			
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)			
• SHK Ya / Tidak			
• Hasil tes SHK (-) / (+)			
• Konfirmasi hasil SHK			
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)			
Nama pemeriksa			


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													

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


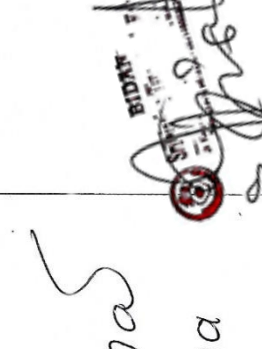
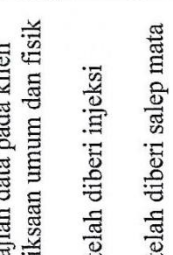
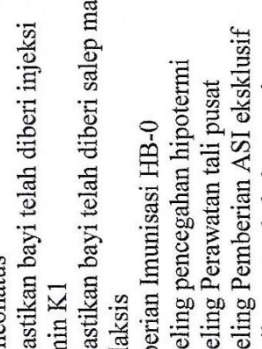
 Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

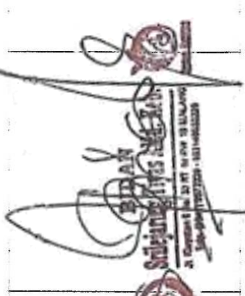
 Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

 Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap

 Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Lampiran 21. Daftar Kunjungan Neonatus

No	Kunjungan	Kegiatan	TTD Klien	TTD Bidan	Tempat/Waktu
1.	KN-1 (6-48 jam setelah lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Melakukan pengkajian data pada klien 3. Melakukan pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus 4. Memastikan bayi telah diberi injeksi Vitamin K1 5. Memastikan bayi telah diberi salep mata profilaksis 6. Pemberian Imunisasi HB-0 7. Konseling pencegahan hipotermi 8. Konseling Perawatan tali pusat 9. Konseling Pemberian ASI eksklusif 10. Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM 11. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya 12. Dokumentasi 	 Lina		BPM Srilejang Tyas, AMd.Keb
2.	KN-2 (3-7 jam setelah lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan I 2. Pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus 3. Konseling perawatan tali pusat 4. Konseling pencegahan hipotermi 5. Konseling perawatan bayi sehari-hari 6. Mengajarkan ibu perawatan payudara 7. Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM 8. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya 9. Dokumentasi 	 Lina		Rumah Klien
3.	KN-3 (8-28 jam setelah lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan II 2. Pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus 			Rumah Klien

	<p>3 Memberikan informasi tentang imunisasi BCG dan Polio</p> <p>1 Konseling perawatan bayi sehari-hari</p> <p>3 Memberi informasi tentang pertumbuhan dan perkembangan</p> <p>5 Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus menggunakan MTBM</p> <p>7 Evaluasi hasil tindakan</p>	
--	---	---

Lampiran 22. Surat Pernyataan Telah Menyelesaikan Studi Kasus

**SURAT PEMBERITAHUAN
TELAH SELESAI PELAKSANAAN PENELITIAN**

Malang, 20 April 2018

Kepada :

Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Di,-

MALANG

Dengan ini saya sampaikan bahwa mahasiswa:

Nama : Finta Rosalina

NIM : 1502100034

Program Studi : D-III Kebidanan Malang

Semester : VI (Enam)

Telah selesai melaksanakan penelitian dengan judul “*Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. L di PMB Srilejaring Tiyas Kec. Sukun-Kota Malang*” melalui kunjungan sebanyak tiga kali yang dilaksanakan pada tanggal 04 April 2018 – 19 April 2018. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.



Bidan,


Srilejaring Tiyas, A. Md. Keb

Lampiran 23: Leaflet Perawatan Payudara


TAHAPAN PERAWATAN PAYUDARA

1. Cuci tangan
2. Licinkan tangan dengan minyak
3. Tempatkan kedua telapak tangan dan tangan di antara kedua payudara
4. Lakukan pengurutan dimulai ke arah atas kesamping lalu kebawah




Manfaat Perawatan

1. Menjaga kebersihan terutama puting susu, sebagai jalur keluarnya ASI,
2. Memperkuat puting susu bayi mudah untuk menyusui,
3. Merangsang kelenjar-kelenjar air susu yang ada di dalam payudara sehingga produksi ASI lebih banyak dan lancar,
4. Mendeteksi apabila ada kelesuan pada payudara secara dini dan melakukan pengobatan secepatnya.

**POKTERTIS MALANG
PROVINSI MALANG**

**PERAWATAN
PAYUDARA**



5. Teruskan pemutar ke bawah, ke samping, melintang lalu kedepan



6. sokong payudara dan urut dengan jari tangan



7. Sokong payudara dan urut dengan sisi kelingking



8. Bersihkan payudara dengan waslap



9. Lap payudara ibu dengan handuk kecil dan keringkan.

10. Mencuci tangan

Metode Perawatan Puting susu tersebut adalah dengan menggunakan kedua jari telunjuk atau ibu jari. Lakukan pengurutan di daerah sekitar puting susu ke arah samping menuju daerah Payudara Ibu Hamil. Peninjatan ini dilakukan sehari dua kali dengan waktu 6 menit



Cermat memilih ukuran BH.

- Tidak terlalu ketat dan tidak terlalu longgar. Pilih BH dengan ukuran 1 atau 2 kali lebih besar dari ukuran sebelum hamil.
- Bila Anda ingin menggunakan BH sampai masa menyusui, pilih dengan ukuran lebih besar. Kelak selama proses menyusui, Anda mungkin harus mengganti dengan BH yang berukuran 1-2 kali lebih besar sesuai perubahan ukuran payudara.
- Untuk pilihan bukaan, tergantung selera dan kebutuhan Anda.

Apa yang dimaksud dengan ASI EKSKLUSIF?

ASI Eksklusif: Pemberian ASI saja pada bayi sejak usia 0-6 bulan, tanpa penambahan apapun, air juga tidak. Karena lambung bayi sangat kecil. ASI saja sudah memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi secara sempurna.



MANFAAT MENYUSUI BAGI IBU & KELUARGA:



Terhindar dari risiko osteoporosis, kanker payudara dan kanker ovarium



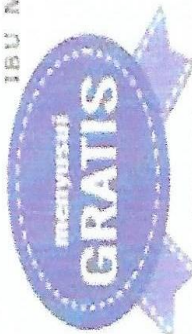
PRAKTIS
ASI selalu tersedia, malam hari, saat bepergian.



Menunda kehamilan



Menyusui membakar ekstra kalori sebanyak 200-250 per hari. Baik untuk menurunkan berat badan.
IBU MAKIN CANTIK DAN MENARIK.



ASI VS SUSU FORMULA & lingkungan kita



ASI bersuhu alami, segar, bebas bakteri, maka **tak perlu dipanaskan dan disteril.** bisa mengurangi bahan bakar



Memenuhi kebutuhan akan susu formula. Kita membang pohon, untuk memelihara sapi perah yang lebih banyak.



Setamatkan duamta dari sampah botol & kaleng susu formula.



Lampiran 25: Cara Menyusui yang Benar

CARA MENYUSUI YANG BENAR



Finta Rosalina

1502100034

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKES KEMENKES MALANG
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2018

DEFENISI

Teknik Menyusui Yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar



MANFAAT UNTUK IBU

1. Kontrak fisik menciptakan ikatan antara ibu dan anak.
2. Dapat menurunkan resiko terjadinya masalah kesehatan, seperti kanker payudara dan depresi pasca melahirkan.
3. Dapat membantu penurunan berat badan.

MANFAAT UNTUK BAYI

1. Dapat mengurangi masalah kesehatan pada bayi, seperti infeksi, diare, obesitas, asma, diabetes, leukimia, dll
2. Bayi lebih mudah mencerna ASI dibanding susu formula.
3. Bayi lebih dekat dengan ibu.



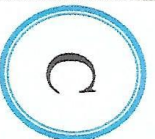
TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR

Posisi tepat menyusui

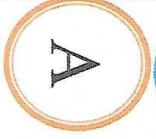
- ✚ Leher bayi pada siku, telapak tangan menyangga bokong bayi
- ✚ Hidung bayi menghadap puting susu ibu
- ✚ Perut Bayi menempel pada perut ibu
- ✚ Badan bayi sejajar
- ✚ Telinga, lengan sampai kaki lurus



Perlekatan



CHIN
Dagu bayi menempel payudara ibu



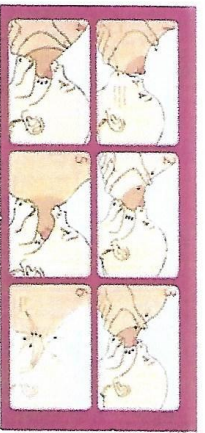
AREOLA
Tertutup mulut bayi terutama bagian bawah



LIPS
Bibir atas dan bawah bayi terlipat keluar (dower)



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

Lampiran 26. Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Finta Rosalina
 NIM : 1502100034
 Nama Pembimbing : Ita Yuliani, SST., M.Keb
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. L di BPM Srilejaring Tyas, AMd.Keb

TGL	SARAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
24/18 /5	Perbaiki kembali BAB IV	
30/18 /5	- Perbaiki Intervensi & Diagnosa - Perbaiki BAB V sesuai dengan tinjauan teori & kasus	
7/18 /6	- Perbaiki Diagnosa - Sesuaikan penulisan dengan EYD	
22/18 /6	Perbaiki BAB 6 Kesimpulan di kalulkan pada kunjungan terakhir	
25/18 /6	Acc.	

Lampiran 27. Dokumentasi

