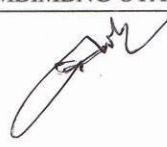








LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Viptin Dewi Nuraini
 NIM : 1502100039
 Nama Pembimbing : Wandu, S.Keb.,Ners.,M.Pd.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. X Di BPM
 Lilik Agustina, S. Tr Keb.

TGL	SARAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING UTAMA
	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Bab I, II, III - revisi daftar pustaka - buat resume, daftar isi dll 	
4/2017 12	- Perbaiki bab I, daftar pustaka	
11/2017 12	ace uji	
8/2018 12	- Revisi BAB IV (Dokumentasi Asuhan kebidanan)	
27/2018 12	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi BAB IV (Dokumentasi Asuhan kebidanan) - Revisi BAB V Pembahasan - Revisi BAB III Penutup 	
22/2018 5	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab IV, V - Perbaiki daftar pustaka 	
30/2018 5	ace uji	

Lampiran 3

JADWAL RENCANA ASUHAN PADA NEONATUS

No	Kunjungan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Tempat/ Waktu
1	KN 1 (0 - 48 jam setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian data pada klien. 2. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan 4. Memastikan bayi dibungkus dengan kain kering dan lembut 5. Memberikan KIE tentang oemberian ASI Eksklusif 6. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar 7. Memberikan KIE tentang perawatan tali pusat 8. Memberikan KIE pada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi 9. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir di rumah 10. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya. 	<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 mendapat kebutuhan nutrisi dari ASI 6. Menambah pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar dan perawatan tali pusat 	Neonatus/ Keluarga	Rumah Ibu/ BPM
2	KN 2 (3 - 7 hari setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi kunjungan I. 2. Melakukan pemeriksaan umum pada neonatus. 3. Melakukan evaluasi masalah (jika ada) 4. Memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat 2. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus 3. Mencegah masalah jika ada masalah pada perawatan 	Neonatus/ Keluarga	Rumah Ibu/ BPM

		<ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan ibu perawatan tali pusat Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya. Dokumentasi. 	<ol style="list-style-type: none"> neonatus Menambah pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara Agar kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi Melakukan pencegahan infeksi pada neonatus 		
3	KN 3 (8 - 28 hari setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kunjungan 2. Melakukan pemeriksaan umum pada neonatus. Melakukan evaluasi masalah (jika ada). Memberikan informasi tentang pertumbuhan dan perkembangan pada neonatus. Memberikan informasi tentang imunisasi dasar. Menjelaskan perawatan bayi jika sakit. Memberikan ASI eksklusif secara adekuat. Evaluasi hasil tindakan. 	<ol style="list-style-type: none"> Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus Menambah pengetahuan ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi, imunisasi dan posyandu Menambah pengetahuan ibu tentang perawatan bayi sakit Diharapkan ibu melakukan ASI eksklusif Mampu memberikan hasil evaluasi tindakan 	Neonatus/ Keluarga	Rumah Ibu/ BPM



PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Viptin Dewi Nuraini berasal dari mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Studi Kasus Asuhan Kebidanan Neonatus pada By "A" di BPM Lilik Agustina, S. Tr. Keb
 2. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Penelitian ini berlangsung selama 28 hari yang terdiri dari Kunjungan I (6-8 jam), Kunjungan II (3-7 hari), Kunjungan III (8-28 hari).
 3. Prosedur penelitian dengan cara responden diberikan tentang asuhan kebidanan neonatus, lalu responden dilakukan *informed consent* guna persetujuan tindakan yang akan dilakukan. Setelah itu responden dilakukan anamnesa, pengukuran, pemeriksaan fisik dan observasi selama persalinan berlangsung, mengingat penelitian ini menyita waktu ibu maka akan diberikan kompensasi berupa perlengkapan bayi baru lahir
 4. Keuntungan yang ibu peroleh dalam keikutsertaan penelitian ini adalah ibu mendapatkan asuhan kebidanan neonatus, perawatan bayi baru lahir, perawatan bayi baru lahir lanjutan dan konseling mengenai bayi baru lahir sampai dengan 28 hari.
 5. Seandainya ibu tidak menyetujui cara ini maka ibu dapat memilih cara lain atau ibu boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali dan tidak dikenakan sanksi apapun.
 6. Seandainya ibu telah menyetujui penelitian ini berpartisipasi dalam penelitian ini, ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini, apabila ibu merasakan kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan dan tidak sesuai dengan harapan
 7. Ibu dapat menghubungi peneliti apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan berkaitan dengan penelitian dan kondisi ibu melalui No Hp. 085860110043
 8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan .
- Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Malang, 5 Februari 2018
Peneliti


Viptin Dewi Nuraini
NIM. 1502100039

Lampiran 5

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN KLIEN (informed consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Musdianah Arisah
Umur : 33 tahun
Alamat : Gg. Mangga Rt. 4 Rw. 14 Sumber Wuni


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, 5 Februari 2018

Yang Memberikan Asuhan


(Viptin Dewi Nuraini)
NIM. 1502100039

Yang Membuat Persetujuan


(Nurul Musdianah A.)

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 6

PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

1. Nama dan Gelar : Wandu, S.Kep,Ners.,M.Pd.
2. NIP : 19750126 200501 2 002
3. Pangkat / Golongan : Penata / III c
4. Jabatan : Lektor
5. Asal Institusi : PRODI D-III KEBIDANAN MALANG
6. Pendidikan Terakhir : S2
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : Amadanom Rt 5 Rw 1 Dampit Malang
 - b. Telepn / Hp : 08125298686
 - c. Alamat Kantor: Jl. Simpang Ijen No. 37 Malang
 - d. Telepon Kantor: (0341) 551256

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

Nama : Viptin Dewi Nuraini
NIM : 1502100039
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus

*) Coret yang tidak dipilih

Malang, 11 Desember 2017


Wandu, S.Kep,Ners.,M.Pd.
NIP. 19750126 200501 2 002



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/ 21 81 /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 : Viptin Dewi Nuraini
N I M : 1502100039
Program Studi : D-III Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : "Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny."X" 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. Viptin D.N



**BIDAN PRAKTEK 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 Kebidanan Malang
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Di-
MALANG

Menindaklanjuti surat dengan Nomor. KH.04.01/ 5.0/ 31 81/ 2017 tentang permohonan pelaksanaan Studi Pendahuluan sebagai salah satu prasyarat untuk kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA), saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Lilik Agustina, S.Tr.Keb
Alamat : Jl. Sumber Bening Indah No. 43, Kec. Lawang Kab. Malang

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut dibawah ini untuk melakukan studi pendahuluan ditempat saya,

Nama : Viptin Dewi Nuraini
NIM : 1502100039
Tingkat/Semester : III / V
Prodi : D-III Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
Judul Studi Kasus : *Asuhan Kebidanan Pada Neonatus di BPM Lilik Agustina, S.Tr.Keb,*

Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatian anda saya sampaikan terimakasih.

Bidan
BIDAN PRAKTEK MANDIRI
NY. LILIK AGUSTINA, S.Tr.Keb.
No. SIPB/No. 5031/0005/16.0444/KAB/SIPB/IX/2013
Jl. Sumber Bening Indah No. 43 RT. 05 RW.07
Kecamatan Lawang - Lawang (Gelanggang PDAM)
Telp. 0341-5801536, 0341-2091175, 0341-21208023
Bidan Delima
PELAYANAN BERKUALITAS
(Lilik Agustina, S.Tr.Keb)



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



31 Agustus 2017

Nomor : KH.04.01/5.0/ 51 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

Lampiran 10



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 : 072/350/35.07.207/2018

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

Menunjuk : Surat dari Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Nomor: PP.04.03/5.5/464/2018 Tanggal: 26 Januari 2018 Perihal: ijin Penelitian

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

Nama / Instansi : Viptin Dewi Nuraini
Alamat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang
Thema/Judul/Survey/Research : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi " X " di BPM
Lilik Agustina, S.Tr.Keb Kec. Lawang
Daerah/tempat kegiatan : di BPM Lilik Agustina, S.Tr.Keb di Kec. Lawang Kab.
Malang
Lamanya : 1 Bulan
Pengikut : -

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, 02 Februari 2018

An. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK

Sekretaris



Tembusan :

Yth.

1. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
2. Kaprodi DIII Kebidanan Malang
3. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
4. Kepala BPM Lilik Agustina, S.Tr.Keb Kec. Lawang Kab. Malang
5. Kepala Puskesmas Lawang Kab. Malang
6. Mhs/Ybs
7. Arsip

SURAT BALASAN IZIN PELAKSANAAN PENELITIAN

Malang, 2 Februari 2018

Kepada :
Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
Di, -

MALANG

Menindaklanjuti surat dengan Nomor: PP. 04.03/5.5/464/2018 tentang permohonan pelaksanaan penelitian sebagai salah satu prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, pada prinsipnya saya selaku Bidan wilayah Lawang Kab. Malang yang digunakan sebagai tempat penelitian mahasiswa:

Nama Mahasiswa : Viptin Dewi NUraini
NIM : 1502100039
Tingkat/ Semester : III/VI
Prodi : D-III Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi X di BPM Lilik Agustina, S. Tr. Keb Kecamatan Lawang Kab. Malang

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut diatas untuk melakukan penelitian di tempat saya. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkn terimakasih

Bidan,


BIDAN PRAKTEK MANDIRI
Ny. LILIK AGUSTINA, S.Tr. Keb.
SIPB : NO/51/00039/B.0441KABISIPB/00013
Jl. Bumi Bering Indah No. 43 RT. 05 RW.07
Kecamatan Lawang - Lawang (Distrik) PDAM
Kecamatan Lawang - Lawang (Distrik) PDAM
(Lilik Agustina, S. Tr. Keb) 23

**SURAT PEMBERITAHUAN TELAH SELESAI PELAKSANAAN
PENELITIAN**

Malang, 18 Februari 2018

Kepada :
Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
Di, -
MALANG

Dengan ini saya sampaikan bahwa mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Viptin Dewi Nuraini
NIM : 1502100039
Tingkat/ Semester : III/VI
Prodi : D-III Kebidanan Malang
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Telah selesai melaksanakan penelitian dengan Judul “Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi “A” di BPM Lilik Agustina, S. Tr. Keb Kecamatan Lawang Kab. Malang melalui kunjungan sebanyak tiga kali yang dilaksanakan pada tanggal 5 Februari 2018 – 18 Februari 2018. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Bidan,
BIDAN PRAKTEK MANDIRI
N. D. K. FAUZI, AMN. K. S. B.
SIPAS : No. 0031/2018/BIDAN/ADIP/01/2018
Jl. Bumi Eka Indah No. 43 RT. 01 RW. 01
Kecamatan Kalirejo - Lawang (Bolakrang) PDAM
Telp. 0341-5401885, 081736907667, 08133504023
(Lilik Agustina, S. Tr. Keb)

Lampiran 13

Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 5 Februari 2018
 Nama bayi : Bai Ny N L/P Nama orang tua : Ny N/Tn P
 Alamat : Jl Mangrove Gars 10 Sumber Wani, Lawang
 Umur : 6 jam Berat badan : 3500 gram Suhu badan : 36,8 °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>43</u> kali / menit. <ul style="list-style-type: none"> Ulangi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas kedua <u>41</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>	<p>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 <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>-</p>	<p>-</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 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 <input type="checkbox"/> Ada celah bibir/tangkil-tangkil <input type="checkbox"/> 	<p>Masalah Pemberian ASI (posisi bayi tidak benar)</p>	<p>- Lakukan asesmen awal bayi mati - Masaklah ibu untuk menjaga bayi tetap hangat - Ajarkan ibu cara menyusui yang 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. Lihat apakah posisi bayi benar. <ul style="list-style-type: none"> Sekujur 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. <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan. Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap efektif 	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 (tandai <input checked="" type="checkbox"/> jika sudah diberikan segera setelah lahir <input type="checkbox"/>)</p>	<p>⇒</p>	<p>Vitamin K1 diberikan hari ini 3-02-2019</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 HB0</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>Nasihati kapan kembali segera Kunjungan ulang : _____ hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 10 Februari 2018
 Nama bayi : Bay A L/P Nama orang tua : My N / Tn P
 Alamat : Jl. Murotan Gang 14 Sumber Wani, Lawe Lela
 Umur : 5 hari Berat badan : 3300 gram Suhu badan : 37,1 °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 <u>15</u> kali / menit. <ul style="list-style-type: none"> Ulangi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas kedua <u>13</u> kali / menit. Napas cepat. Napas lambat (< 30 kali / menit). Tanpak 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	- 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. 	-	-
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	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? <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. <input type="checkbox"/> Ada celah bibir/langit-langit. <input type="checkbox"/> 		
<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. <input checked="" type="checkbox"/> Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayi sudah mau menyusui lagi. Amati pemberian ASI dengan seksama. <input checked="" type="checkbox"/> Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui. 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> Lisat 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 <input type="checkbox"/>)</p>	➔	Vitamin K1 diberikan hari ini
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <u>5/2</u> <u>2019</u> BCG <input type="checkbox"/> Polio 1 <input type="checkbox"/></p>	➔	Imunisasi yang diberikan hari ini
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN		
Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : hari		
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU		

Lampiran 13

Formulir MTBM

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal : 13 Februari
 Nama bayi : Bayu A
 Alamat : Jl. ...
 Umur : 13 hari Berat badan : 4000 gram Suhu badan : 36,4 °C
 Penyakit : Bayi itu sakit apa ?
 Kunjungan pertama? -
 Kunjungan ulang?

PENILAIAN (Isi lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN / PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFESI BAKTERI <ul style="list-style-type: none"> Bayi tidak bisa minum atau memuntahkan semuanya. Ada ekspirat kejang. Bayi bergerak hanya jika dirangsang. Hitung napas dalam 1 menit <u>40</u> kali / menit. <ul style="list-style-type: none"> Langi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas keruh <u>4</u> kali / menit. Napas cepat. Napas lambat (< 30 kali / menit). Terikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. Bayi meringis. Suhu badan $\geq 37,5$ °C - Suhu badan $< 35,5$ °C - Mata bernanah : apakah sedikit atau banyak? - Pusat kemerahan meluas sampai dinding perut. - Pusat kemerahan atau bernanah. - Ada pustul di kulit. - 	Mungkin infeksi	lakukan asuhan dasar bayi muda
APAKAH BAYI DIARE ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Sudah diare selama <u>—</u> hari Kondisi umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> Letargis atau tidak sadar. Gekisah / rewel. Mata cekung. Qubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> Sangat lambat (> 2 detik) Lambat. 	-	-
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	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"> - $BB/U \leq -2 SD$ - $BB/U > -2 SD$ Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI? <ul style="list-style-type: none"> Ya 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>8-10</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? kali - Alat apa yang digunakan? Ada luka atau bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut. - Ada celah bibir/langit-langit - 		
<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 bayi <input checked="" type="checkbox"/> <p>Amati pemberian ASI dengan seksama.</p> <p>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>Vitamin K1 diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <u>3/2-2</u> BCG Polio 1</p>	➔	<p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		
<p>Nasihat kapan kembali segera Kunjungan ulang : hari</p>		
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		

BUKU KIA


Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia

162.148.2
01
1

BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK



BUKU INI ADALAH BUKU
UNTUK MELAKUKAKAN
PENGUKURAN KESEHATAN
IBU DAN ANAK

Nama Ibu : Ny H

Nama Anak :



Nomor Registrasi Ibu :
Nomor Urut di Kohort Ibu :
Tanggal menerima buku KIA : 20-08-2017
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan :

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny N
Tempat/Tgl. lahir : Malang, 2 Agustus 1985
Kehamilan ke : 2 Anak terakhir umur : 2 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : ~~Tidak Sekolah SD/SMP/SML/Akadem~~ Perguruan Tinggi*
Colongan Darah : 0
Pekerjaan : IRT
No. JKN :

Nama Suami : Tn P
Tempat/Tgl. lahir : Malang, 3 September 2018
Agama : Islam
Pendidikan : ~~Tidak Sekolah SD/SMP/SML/Akadem~~ Perguruan Tinggi*
Colongan Darah :

Alamat Rumah : Jl. Mangga Gang IV Jemberwuni
Kecamatan : Kluwari
Kabupaten/Kota : Kab. Malang
No. Telp. yang bisa dihubungi : 085 954 558 588

Nama Anak : L/P*
Tempat/Tgl. Lahir :
Anak Ke : dari anak
No. Akte Kelahiran :

*Lingkari yang sesuai



**CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN
IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

RUJUKAN

Tanggal/bulan/tahun: / / Jam:
Dirujuk ke :
Sebab dirujuk :
Diagnosis sementara :
Tindakan sementara :

Yang merujuk

UMPAN BALIK RUJUKAN

Diagnosis :
Tindakan :
Anjuran :
Tanggal :

Penerima Rujukan

RUJUKAN

Tanggal/bulan/tahun: / / Jam:
Dirujuk ke :
Sebab dirujuk :
Diagnosis sementara :
Tindakan sementara :

Yang merujuk

UMPAN BALIK RUJUKAN

Diagnosis :
Tindakan :
Anjuran :
Tanggal :

Penerima Rujukan

KETERANGAN LAHIR

No :

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa,
Pada hari ini, tanggal, Pukul
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya*
Kelahiran ke :
Berat lahir : gram
Panjang Badan : cm
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Rumah Bidan/di*
.....
Alamat :
Diberi nama :

Dari Orang Tua,

Nama Ibu : Umur : tahun
Pekerjaan :
KTP/NIK No. :
Nama Ayah : Umur : tahun
Pekerjaan :
KTP/NIK No. :
Alamat :
Kecamatan :
Kab./Kota :

....., Tanggal,

Saksi I

Saksi II

Penolong persalinan

(.....) (.....) (.....)

*Zingkat yang sesuai
** Tanda rangkai nama lengkap, nomor induk pegawai, nama iritansi

CATATAN KEBIHATAN BAYI BERSI LAMBE

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATANAN BAYI BERSI LAMBE (Dilakukan dalam pemeriksaan rutin)

Kategori Pemeriksaan	Kategori 1 0-6 bulan	Kategori 2 7-12 bulan	Kategori 3 13-24 bulan
	18-2-2017	18-2-2017	18-2-2017
berat badan (kg)	3,9 kg	3,9 kg	4,1 kg
panjang badan (cm)	52	52	52
temp. rektal	36,8°C	37,1°C	36,9°C
frekuensi detak jantung	41	42	43
frekuensi denyut paru-paru / menit	130	128	128
Memeriksa kemampuan mendengar suara (dari dua telinga)	-	-	-
Memeriksa status	-	-	-
Memeriksa suhu	-	-	-
Memeriksa kemampuan berdiri dengan bantuan dan memegang tangan orang tua	✓	✓	-
Memeriksa gigi sulung	✓	-	-
Memeriksa status imunisasi DTP, Hib, Polio	TT600	TT600	TT600
Bayi sehat yang sudah mendapatkan semua imunisasi	-	-	-
Kelebihan berat badan	-	-	-
Kelebihan tinggi badan	-	-	-
Kelebihan kepala	-	-	-
Indikasi terdapat kelainan organ dalam	-	-	-
Ganti periksa	18-2-2017	18-2-2017	18-2-2017

Pemeriksaan kesehatan dilakukan menggunakan formula:
Manajemen Tumbuh Kembang Anak (MTKA)

CATATAN IMUNISASI ANAK

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

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

- Jadwal tetap pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang masih dapat diberikan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak dapat diberikan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

CATATAN IMUNISASI ANAK

- Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1bulan) • Jarak antara pemberian vaksin Polio minimal 4 minggu (1 bulan)
- ** Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap. Sakit ringan seperti batuk, pilek, diare, demam ringan dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi.
- *** Pemberian imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan diberikan minimal 12 bulan setelah pemberian imunisasi DPT-HB-Hib 3 dan dapat diberikan dalam rentang usia 18-24 bulan
- **** Pemberian imunisasi campak lanjutan diberikan minimal 6 bulan setelah pemberian imunisasi campak terakhir dan dapat diberikan dalam rentang usia 18-24 bulan

3

Vaksin	Tanggal Pemberian		

Tambahan Vaksin Lain

PEDOMAN WAWANCARA RESPONDEN

Kunjungan Neonatal I

Hari, Tanggal : Pukul : WIB

Tempat :

1) Biodata

Nama Bayi :

Tanggal Lahir :

Umur :

Jenis Kelamin :

Anak ke :

Biodata Orangtua

Nama Ibu : Nama Suami :

Umur : Umur :

Agama : Agama :

Pendidikan : Pendidikan :

Pekerjaan : Pekerjaan :

Penghasilan : Penghasilan :

Alamat :

2) Keluhan Utama

.....
.....

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

.....
.....

4) Riwayat Prenatal, Intranatal, dan Postnatal

(a) Riwayat Prenatal

G..... P..... Ab..... Umur Kehamilan.....Minggu

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

Imunisasi TT :

Kenaikan BB :Kg

Keluhan Saat Hamil :

Riwayat penyakit saat hamil : ada/tidak ada

Jantung

Diabetes Melitus

Gagal Ginjal

Hepatitis B

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 Intranatal

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

5) Riwayat Imunisasi

.....
.....

6) Kebutuhan Dasar

(a) Pola Nutrisi

.....
.....

(b) Pola Eliminasi

.....
.....

(c) Pola Istirahat

.....
.....

(d) Pola Aktivitas

.....
.....

PERALATAN PEMERIKSAAN FISIK NEONATUS

1. Metelin
2. Timbangan bayi
3. Thermometer
4. Jam tangan
5. Stetoskop
6. *Penlight*
7. Buku catatan
8. Alat tulis

PEDOMAN PEMERIKSAAN PADA NEONATUS

Kunjungan Neonatal I

1) Pemeriksaan Umum

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

Refleks glabellar : +/-

Refleks isap (sucking) : +/-

Refleks mencari (rooting) : +/-

Refleks genggam (palmar grasp) : +/-

Refleks babinski : +/-

Refleks terkejut (morro) : +/-

4) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan :

Panjang badan :

Lingkar kepala :

Lingkar dada :

Lingkar lengan atas :

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH :

Diagnosa :

Masalah :

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL :

.....

IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA :

.....

INTERVENSI :

.....

.....

IMPLEMENTASI :

.....

.....

EVALUASI :

Tanggal : Jam :

Subjektif


Objektif

Analisa

Penatalaksanaan

PERAWATAN TALI PUSAT

NO	LANGKAH
1	Persiapan: a. Tempat: aman, nyaman, bersih, tenang b. Alat: pelekatan kunci sukses menyusui 1) Air DTT, hangat : untuk membasuh dan menyabuni untuk membilas 2) Washlap kering dan basah 3) Sabun bayi 4) Kassa steril
2	Mencuci tangan
3	Dekatkan alat
4	Siapkan 1 set baju yang tersusun rapi, yaitu: celana, baju, bedong yang sudah di gelar
5	Membuka bedong bayi
6	Lepas bungkus tali pusat
7	Bersihkan dengan washlap 2 - 3 kali dari bagian muka sampai kaki / atas ke bawah
8	Pindahkan bayi ke baju dan bedong bersih
9	Bersihkan tali pusat dengan cara: a. Pegang bagian ujung b. Basahi dengnan washlap dari ujung melingkar ke batang c. Disabuni pada bagian batang dan pangkal d. Bersihkan sampai sisa sabunya hilang e. Keringkan sisa air dengan kassa steril f. Tali pusat ditutup dengan kassa steril
10	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
11	Bereskan alat
12	Cuci tangan

5	Jika bayi sudah selesai menyusui, ibu mengeluarkan puting dari mulut bayi dengan cara memasukkan jari kelingking ibu diantara mulut dan payudara
6	<p>Menyendawakan bayi dengan menyandarkan bayi di pundak atau menelungkupkan bayi melintang kemudian menepuk-nepuk punggung bayi</p>  <p>The illustration consists of three separate drawings of a woman in a red shirt and brown pants holding a baby in a blue onesie. In the first drawing on the left, the woman is holding the baby against her shoulder, with her hands supporting the baby's back and bottom. In the second drawing in the middle, the woman is sitting on her lap, holding the baby upright and facing her. In the third drawing on the right, the woman is holding the baby lying on their back, with her hands resting on their chest and back.</p>
7	Mengoleskan kembali sedikit ASI di sekitar puting dan areola mammae

Pemberian ASI



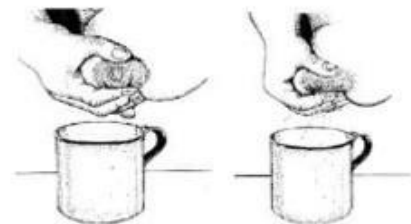
SOLUSI PEMBERIAN ASI BAGI IBU-IBU PEKERJA

MEMERAH ASI DENGAN TANGAN

- Cuci tangan dengan air dan sabun, lalu bersihkan puting susu dengan memerah sedikit ASI, dan areola (kulit gelap yang mengitari puting)
- Cari posisi nyaman seperti duduk atau berdiri sambil memegang wadah penampung dekat dengan areola.
- Tempatkan ibu jari sekitar 4-5 cm dari puting susu dan jari-jari lain dibawahnya sehingga membentuk huruf C disekitar areola.
- Remas payudara bersama sembari mendorong tangan ke belakang hingga menekan dinding dada dan lanjutkan

proses dalam gerakan memutar di sekitar areola.

- Setiap payudara di perleh paling sedikit dalam 3-5 menit sampai aliran melambat
- Gunakan wadah penampung bermulut lebar yang steril untuk menampung ASI
- Cara memerah yang benar akan mampu mengsongkan payudara dan meningkatkan produksi ASI.



Saat memerah ASI dengan tangan, hindari hal-hal dibawah ini:

- Menekan/memencet payudara, karena dapat mengakibatkan payudara terluka.
- Menarik-narik puting, karena dapat merusak lapisan lemak pada areola (bagian kecaklatan pada payudara).
- Menekan dan mendorong payudara, karena dapat mengakibatkan kulit payudara memsrd dan memerah.

Oleh:

Yeni Fitkarida
010110a133

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES NGUDI WALUYO
UNGERAN
2013

Lampiran 21







DAFTAR HADIR PENELITI PADA KUNJUNGAN NEONATUS

HARI/TANGGAL	TTD PENELITI	TTD KLIEN	TTD BIDAN
Senin, 5-02-2018			 BIDAN PRAKTEK MANDIRI N. LILIK FAJAR, Amd. Keb. SIPR : NO. 5031000918.0444K/MSIP/07K/2013 Jl. Sumber Sening Indah No. 43 RT. 05 RW.07 Kelurahan Kalirejo - Lawang (Belkang PDAM) Telp. 0341-5401 686, 081 235 007 661, 081 2320 8023
Sabtu, 10-02-2018			 BIDAN PRAKTEK MANDIRI N. LILIK FAJAR, Amd. Keb. SIPR : NO. 5031000918.0444K/MSIP/07K/2013 Jl. Sumber Sening Indah No. 43 RT. 05 RW.07 Kelurahan Kalirejo - Lawang (Belkang PDAM) Telp. 0341-5401 686, 081 235 007 661, 081 2320 8023
Sabtu, 18-02-2018			 BIDAN PRAKTEK MANDIRI N. LILIK FAJAR, Amd. Keb. SIPR : NO. 5031000918.0444K/MSIP/07K/2013 Jl. Sumber Sening Indah No. 43 RT. 05 RW.07 Kelurahan Kalirejo - Lawang (Belkang PDAM) Telp. 0341-5401 686, 081 235 007 661, 081 2320 8023