

Lampiran 1

JADWAL PELAKSANAAN PENYUSUNAN LTA

| NO | Kegiatan                                     | September 2018 |   |   |   | Oktober 2018 |   |   |   | November 2018 |   |   |   | Desember 2018 |   |   |   | Januari 2019 |   |   |   | Februari 2019 |   |   |   | Maret 2019 |   |   |   | April 2019 |   |   |   | Mei 2019 |   |   |   | Juni 2019 |   |   |   |   |   |  |  |
|----|--|----------------|---|---|---|--------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|--------------|---|---|---|---------------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|--|--|
|    |  | 1              | 2 | 3 | 4 | 1            | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 | 1            | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 |   |   |  |  |
| 1  | Informasi penyelenggara Proposal LTA         | ■              |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 2  | Informasi Pembimbing                         |                | ■ |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 3  | Proses bimbingan dan penyusunan proposal LTA |                | ■ | ■ | ■ | ■            | ■ | ■ | ■ | ■             | ■ | ■ | ■ | ■             | ■ | ■ | ■ |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 4  | Pengumpulan/ pendaftaran proposal ke panitia |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   | ■ | ■             |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 5  | Seminar proposal                             |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   | ■             |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 6  | Revisi dan persetujuan proposal oleh penguji |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   | ■ | ■ | ■            | ■ | ■ | ■ |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 7  | Mengambil kasus dan penulisan laporan        |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   | ■             | ■ | ■ | ■ | ■          | ■ | ■ | ■ | ■          | ■ | ■ | ■ |          |   |   |   |           |   |   |   |   |   |  |  |
| 8  | Pendaftaran Ujian LTA                        |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   | ■         |   |   |   |   |   |  |  |
| 9  | Pelaksanaan Ujian LTA                        |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   | ■         |   |   |   |   |   |  |  |
| 10 | Revisi Laporan LTA                           |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   | ■         | ■ |   |   |   |   |  |  |
| 11 | Penyerahan Laporan LTA                       |                |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |              |   |   |   |               |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |           |   |   |   | ■ | ■ |  |  |

**JADWAL RENCANA KUNJUNGAN PADA NEONATUS**

| <b>KUNJUNGAN</b> | <b>TEMPAT/<br/>WAKTU</b>                       | <b>KEGIATAN</b>   | <b>TUJUAN</b>  | <b>SASARAN</b>              | <b>PENDAMPING</b> |
|------------------|--|---|--|-----------------------------|-------------------|
| KN-1             | PMB<br><br>(6-48 jam<br>setelah bayi<br>lahir) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan informed Consent.</li> <li>2. Melakukan pengkajian data pada klien.</li> <li>3. Memastikan sudah dilakukan IMD.</li> <li>4. Memastikan sudah dilakukan penyuntikan vitamin K.</li> <li>5. Memastikan sudah diberikan salep mata.</li> <li>6. Memastikan sudah diberikan HB O</li> <li>7. Melakukan pemeriksaan antropometri.</li> <li>8. Melakukan pemeriksaan umum.</li> <li>9. Melakukan pemeriksaan fisik.</li> <li>10. Melakukan pemeriksaan neourologi.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai bukti perjanjian sebelum melakukan tindakan.</li> <li>2. Mendeteksi adanya masalah atau kelainan pada neonatus.</li> <li>3. Mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir dan pemberian ASI dini.</li> <li>4. Mencegah terjadinya perdarahan pada neonatus</li> <li>5. Mencegah terjadinya infeksi pada mata.</li> <li>6. Mencegah penuaran infeksi hepatitis terutama pada jalur penularan ibu-bayi.</li> <li>7. Mendeteksi bayi BBLR</li> <li>8. Mendeteksi kenormalan pada tanda-tanda vital</li> </ol> | Neonatus<br>dan<br>Keluarga | Bidan             |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>11. Mendeteksi tanda bahaya pada neonatus dengan menggunakan MTBM</li> <li>12. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu.</li> <li>13. Memberikan edukasi dan ajarkan tentang menyusui yang benar.</li> <li>14. Memberikan edukasi tentang tanda bahaya neonatus</li> <li>15. Memberikan edukasi tentang pencegahan kuning.</li> <li>16. Memberikan edukasi tentang perawatan neonatus dirumah.</li> <li>17. Melakukan kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya.</li> <li>18. Melakukan dokumentasi.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>pada neonatus</li> <li>9. Mendeteksi adanya kelainan atau cacat bawaan pada neonatus.</li> <li>10. Mendeteksi adanya komplikasi pada istem saraf neonatus.</li> <li>11. Mendeteksi adanya tanda bahaya pada neonatus</li> <li>12. Membangun hubungan saling percaya anantara klien dan petugas kesehatan.</li> <li>13. Menambah pengetahuan ibu tentang cara menyusui yang benar sebagai pemenuhan nutrisi pada neontus.</li> <li>14. Memberikan skrining dan deteksi dini tanda bahaya pada neonatus agar tidak terjadi komplikasi.</li> <li>15. Mencegah terjadinya ikterus pada neonatus.</li> <li>16. Menambah wawan kepada ibu untuk perawatan bayi yang tepat.</li> </ul> |  |  |
|--|--|---|--|--|--|

|      |                                   |  |  |                       |       |
|------|-----------------------------------|--|--|-----------------------|-------|
|      |                                   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>17. Memudahkan untuk bertemu pada ibu.</li> <li>18. Sebagai bukti asuhan telah diberikan pada neonatus.</li> </ul>  |                       |       |
| KN-2 | PMB<br>(3-7 Hari bayi baru lahir) | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi kunjungan 1</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik pada neonatus.</li> <li>3. Melakukan evaluasi masalah (kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, diare, ikterus, kemungkinan berat badan rendah atau masalah pemberian ASI)</li> <li>4. Melakukan pujian pada ibu.</li> <li>5. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu</li> <li>6. Memberikan edukasi tentang ASI eksklusif</li> <li>7. Memotivasi ibu untuk tetap menjemur bayi.</li> <li>8. Memberitahu pada ibu tanda bahaya pada neonatus.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat</li> <li>2. Mendeteksi adanya masalah pada neonatus</li> <li>3. Memecahkan masalah jika terdapat masalah pada neonatus</li> <li>4. Menambah semangat ibu untuk merawat bayi.</li> <li>5. Membangun hubungan saling percaya antara klien dan petugas kesehatan</li> <li>6. Menambah semangat ibu untuk menyusui secara eksklusif.</li> <li>7. Mencegah bayi kuning dan hipotermi.</li> <li>8. Menambah pengetahuan ibu tentang deteksi dini</li> <li>9. Memudahkan untuk bertemu dengan ibu.</li> <li>10. Sebagai bukti asuhan telah diberikan pada</li> </ul> | Neonatus dan Keluarga | Bidan |

|      |  |   |  |                       |       |
|------|--|---|--|-----------------------|-------|
|      |  | 9. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya<br>10. Dokumentasi  | neonatus.  |                       |       |
| KN-3 | RUMAH<br>PASIEN<br>(8-28 Hari setelah lahir) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi kunjungan II</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik pada neonatus.</li> <li>3. Melakukan evaluasi masalah (kemungkinan penyakit sangt berat atau infeksi bakteri, diare, ikterus, kemungkinan berat badan rendaha atau masalah pemberian ASI)</li> <li>4. Melakukan pujian pada ibu.</li> <li>5. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu.</li> <li>6. Memotivasi ibu untuk tetap melakukan perawatan neonatus</li> <li>7. Memberitahu ibu untuk ikut posyandu</li> <li>8. Memberikan informasi tentang imunisasi BCG dan Polio 1</li> <li>9. Kontrak waktu kunjungan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat</li> <li>2. Mendeteksi adanya masalah pada neonatus</li> <li>3. Memecahkan masalah jika terdapat masalah pada neonatus</li> <li>4. Menambah semangat ibu dalam merawat bayi.</li> <li>5. Membangun hubungan saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.</li> <li>6. Menambah pengetahuan ibu cara merawat bayi yang tepat.</li> <li>7. Menambah pengetahuan tentang kesehatan bayi dan dapat memantau kesehatan serta pertumbuhan dan perkembangan pada bayi</li> <li>8. Menambah pengetahuan ibu tentang pentingnya imunisasi sebagai kekebalan tubuh pada</li> </ol> | Neonatus dan Keluarga | Dosen |

|      |   |   |   |                       |       |
|------|---|---|---|-----------------------|-------|
|      |   | selanjutnya<br>10. Dokumentasi  | bayi.<br>9. Memudahkan untuk bertemu dengan ibu.<br>10. Sebagai bukti asuhan telah diberikan pada neonatus.   |                       |       |
| KN 4 | RUMAH PASIEN<br><br>(Usia 8- 28 hari setelah bayi lahir | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi kunjungan III</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik pada neonatus.</li> <li>3. Melakukan evaluasi masalah (kemungkinan penyakit sangt berat atau infeksi bakteri, diare, ikterus, kemungkinan berat badan rendaha atau masalah pemberian ASI).</li> <li>4. Melakukan pujian pada ibu.</li> <li>5. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu.</li> <li>6. Memotivasi ibu untuk tetap melakukan perawatan neonatus.</li> <li>7. Memberikan edukasi tentang pemberian imunisasi dasar.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat</li> <li>2. Mendeteksi adanya masalah pada neonatus</li> <li>3. Memecahkan masalah jika terdapat masalah pada neonatus</li> <li>4. Menambah semangat ibu dalam merawat bayi.</li> <li>5. Membangun hubungan saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.</li> <li>6. Menambah pengetahuan ibu cara merawat bayi yang tepat.</li> <li>7. Menambah pengetahuan ibu tentang pentingnya imunisasi dasar.</li> <li>8. Menambah pengetahuan tentang kesehatan bayi dan dapat memantau kesehatan serta</li> </ol> | Neonatus dan Keluarga | Bidan |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>8. Memberitahu ibu untuk rutin ikut posyandu</li><li>9. Memberitahu ibu untuk rajin membaca buku KIA.</li><li>10. Dokumentasi</li></ol> | <p>pertumbuhan dan perkembangan pada bayi.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Menambah pengetahuan ibu tentang informasi kesehatan pada neonatus</li><li>10. Sebagai bukti asuhan telah diberikan pada neonatus.</li></ol> |  |  |
|--|--|---|--|--|--|

**PERNYATAAN KESEDIAAN PEMBIMBING 1**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

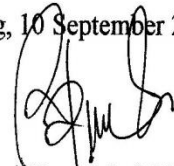
1. Nama dan Gelar : Rizqi Kamalah, M.Keb
2. NIK : 88.12.2.149
3. Pangkat dan Golongan : -
4. Jabatan : Dosen
5. Pendidikan Terakhir : S2 Kebidanan
6. Alamat dan Nomor yang Bisa dihubungi
  - a. Rumah : Jl. Otto Iskandardinata 186 Jember
  - b. Telepon/HP : 082-338-253-443
  - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No 77 C Malang
  - d. Telepon Kantor : 0341-551893

Dengan ini menyatakan (~~bersedia~~/tidak ~~bersedia~~\*) menjadi pembimbing utama bagi mahasiswa

Nama : Alvina Rachma Aulia  
NIM : 1602100065  
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada BY. X di PMB  
Lilik Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten  
Malang.

\*) Coret yang tidak dipilih

Malang, 10 September 2018



(Rizqi Kamalah, M.Keb)  
NIK. 88.12.2.149



**KESEDIAAN PEMBIMBING II**

**PERNYATAAN  
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama dan Gelar : Wahyu Setyaningsih, SST., M.Kes.
2. NIK : 90.10.2.116.
3. Pangkat dan Golongan : -
4. Jabatan : -
5. Pendidikan Terakhir : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
6. Alamat dan Nomor yang Bisa dihubungi
  - a. Rumah : Perumahan The Village blok 1. 13 Mulyorejo, Sukun, Malang.
  - b. Telepon/HP : 082-230-162-853.
  - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No 77 C Malang.
  - d. Telepon Kantor : 0341-551265.

Dengan ini menyatakan (~~bersedia/tidak bersedia~~\*) menjadi pembimbing utama bagi mahasiswa

Nama : Alvina Rachma Aulia.  
NIM : 1602100065.  
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada BY. A di PMB Lilik Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang.



\*) Coret yang tidak dipilih

Malang, 10 Februari 2018



(Wahyu Setyaningsih, SST., M.Kes  
NIK. 90.10.2.116

PERMOHONAN PENGANTAR 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. Bekoyo No. 196 Jember, Telp (0331) 486613  
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang, Telp (0341) 427847  
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telp (0342) 81043  
- Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp(0354)773095  
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : [direksesi@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direksesi@poltekkes-malang.ac.id)

Malang 07 September 2018


Nomor : PP.04.03/5.0/ 5462 /2018  
Hal : Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan

**Kepada, Yth:**  
Pimpinan PMB 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 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 : Alvina Rachma Aulia  
N I M : 1602100065  
Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
Semester : V  
Judul : *Asuhan Kebidanan Neonatus pada Ny."X" di PMB Lilik Agustina, S.Tr.Keb.*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan,  
  
**HERAWATI MANSUR, SST.,M.Pd.,M.Psi.**  
NIP.: 196501101985032002

Tembusan:  
1. Sdr. Alvina Rachma Aulia  
2. Pertiinggal

**BALASAN BIDAN STUDI PENDAHULUAN**



**PRAKTEK MANDIRI BIDAN**  
**Lilik Agustina S.Tr.Keb.**  
**Desa Karangsono, Kecamatan Lawang,**  
**Kabupaten Malang**



Malang, September 2018

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

**MALANG**

Menindak lanjuti surat dengan nomor PP.04.03/5.0/3468/2018 tentang permohonan pelaksanaan studi pendahuluan sebagai salah satu persyaratan kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA), saya selaku bidan di Desa karangsono, Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang, yang digunakan sebagai tempat penelitian mahasiswa:

Nama : Alvina Rachma Aulia  
NIM : 1602100065  
Tingkat/Semester : III/V  
Prodi : D-III Kebidanan Malang  
Jurusan : Kebidanan Malang  
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang  
Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus di PMB Lilik Agustina, S.Tr.Keb.

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut diatas untuk melakukan studi pendahuluan di tempat saya. Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Bidan



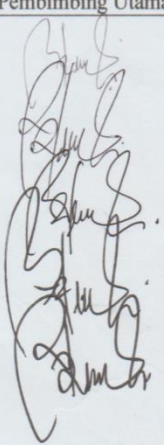
**BIDAN PRAKTEK MANDIRI**  
**ALVINA RACHMA AULIA, AMd, Keb.**  
SIP/0003/0004/ABISIP/0002013  
"Salam Hidup Indah No. 43 Rt. 05 RW.01"  
Kelurahan Halirejo - Lawang (Balokong PDA)  
(Lilik Agustina, S.Tr.Keb)




**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL**

LEMBAR KONSULTASI


Nama Mahasiswa : Alvina Rachma Aulia  
 NIM : 1602100065  
 Nama Pembimbing : Rizqi Kamalah, M.Keb.  
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada BY.NY "X" di BPM Lilik  
 Agustina, S.Tr.Keb Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang

| TGL   | SARAN                          | TANDA TANGAN   |
|-------|--------------------------------|--|
|       |                                | Pembimbing Utama   |
| 12/11 | Perbaiki Bab I - II            |  |
| 21/11 | Perbaiki Bab I                 |  |
| 27/11 | Bab I ✓<br>II & III → on pros. |  |
| 11/12 | Bab I, & II                    |  |
| 14/12 | All Semesta proposal           |  |

**LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAN PENGUJI 1**



**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. Sitikoyo 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 Wahid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp (0354)773095  
 ~ Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293  
 ~ Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792  
 Website : <http://www.pottekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@pottekkes-malang.ac.id

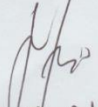
---

**LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)**


Nama : ALVINA RACHMA AULIA  
 NIM : 1602160065  
 Judul : ASUHAN KEPIDANA NEONATUS PADA B1-X DI PMB LIAK  
ABUJIMA S.Tr. Keb DI KECAMATAN LAWANG KABUPATEN  
MALANG

| No. | HLM     | REVISI PENGUJI   |
|-----|---------|--|
| 1   |         | revisi ke paragraf   |
| 2   | sub I   | - ub masalah<br>belum menguraikan masalah permasalahan<br>tersebut ke antar paragraf,<br>reasoning sudah.<br>- manfaat |
| 3   | sub II  | manajemen & manajemen<br>asuhan neonatus lebih ter fokus   |
| 4   | sub III | - revisi<br>- pengumpulan data   |
| 5   | camp    | :-   |


Malang, 16-01-2019  
 Setelah direvisi,  
  
 (RITA YULIANA, S.Kp. M.Kes)

Malang, 07-01-2019  
 Sebelum direvisi,  
  
 (RITA YULIANA, S.Kp. M.Kes)

**LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL PENGUJI II**



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





~ Kampus Pusat : Jl. Besar Jen No. 77 C Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746  
 ~ Kampus I : Jl. Srikayo 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  
 ~ Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggales Telp (0355) 791293  
 ~ Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792  
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

---


**LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)**

Nama : ALVINA RACHMA AULIA  
 NIM : 1602100065  
 Judul : ASUKAN KEBIDANAN NEONATUS PADA BY.X DI PMB LULIK  
ABUATINA, S.Tr. Keb Di Kecamatan Lawang, Kabupaten  
Malang


| No. | HLM | REVISI PENGUJI   |
|-----|-----|--|
|     |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- penulisan</li> <li>- Bab I latar belakang. (Rearrange)</li> <li>- Konsep manajemen</li> <li>- Bab II</li> <li style="padding-left: 20px;">Mitra penelitian</li> <li style="padding-left: 20px;">Model asuhan Kebidanan</li> <li style="padding-left: 20px;">Kriteria subjek</li> <li>- jurnal lit</li> <li>- POA</li> <li>- lampiran</li> <li>- Daftar pustaka</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Malang, <u>30-01-2019</u>.<br/>           Setelah direvisi,<br/> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">  </div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">             ( Ari Kusmiwati, M.Keb. )           </div> </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Malang, <u>07-01-2019</u>.<br/>           Sebelum direvisi,<br/> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">  </div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">             ( Ari Kusmiwati, M.Keb. )           </div> </div> |
|--|--|

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL PEMBIMBING



**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. Srikeyo 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 Wahid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp (0354)773095  
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293  
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792  
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

---

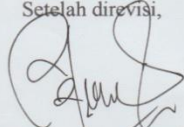
**LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)**

Nama : ALVINA RACHMA AULIA  
 NIM : 160200061  
 Judul : ASUHAN KEPIDANAN NEONATUS PADA EY-X DIPMB LULUK ASUSTINA, S.Ti. Keb Di KECAMATAN LAWANG, KABUPATEN MALANG

| No. | HLM | REVISI PENGUJI                                    |
|-----|-----|---|
|     |     | 1. tent. page setup<br>2. jenis font & size<br>3. |
| 1   |     | 506 ditetapkan oleh siapa ?                       |
| 44. |     | kriteria subjek                                   |
| 25. |     |   |
| 45. |     | waktu penyusunan.                                 |

Malang, 23-1-2019

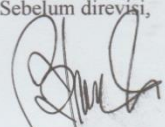
Setelah direvisi,



( Rizqi KAMALAH, M.Keb )

Malang, 07-01-2019

Sebelum direvisi,



( Rizqi KAMALAH, M.Keb )

SURAT PERMOHONAN PENGANTAR PELAKSANAAN STUDI KASUS



**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 Wahid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp (0354)773095  
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 3 Trenggalek Telp (0355) 791293  
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792  
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : [direktora@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktora@poltekkes-malang.ac.id)



Malang 11 Februari 2019

Nomor : PP.04.03/5.0/ 699 /2019  
Hal : Permohonan Pengantar Pelaksanaan Penelitian

**Kepada, Yth:**

1. Kepala Bakesbangpol Kabupaten Malang
2. Pimpinan PMB Lilik Agustina

Di,-

**MALANG**

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

N a m a : Alvina Rachma Aulia  
N I M : 1602100065  
Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
Semester : VI  
Judul : *Asuhan kebidanan neonatus pada bayi Ny. "X" di PMB Lilik Agustina Kecamatan lawang Kabupaten Malang*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan,  
  
**HERAWATI MANSUR, SST., M.Pd., M.Psi.**  
NIP. 196901101985032002

Tembusan:

1. Sdr. Alvina Rachma Aulia
2. Pertinggal





**SURAT BALASAN BAKESBANGPOL UNTUK STUDI KASUS**



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260  
Email: [bakesbangpol@malangkab.go.id](mailto:bakesbangpol@malangkab.go.id) - Website: <http://www.malangkab.go.id>  
**MALANG - 65119**

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : 072/ ~~53~~ /35.07.207/2019

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

Menunjuk : Surat dari Ketua Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Nomor:  
PP.04.03/5.0/699/2019 Tanggal: 11 Februari 2019 Perihal: Ijin Penelitian

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

Nama / Instansi : Alvina Rachma Aulia  
Alamat : JL.Besar Ijen No. 77 Malang  
Thema/Judul/Survey/Research : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny."X" Di PMB  
Lilik Agustina Kecamatan Lawang Kabupaten Malang  
Daerah/tempat kegiatan : Di PMB Lilik Agustina Kecamatan Lawang Kabupaten  
Malang  
Lamanya : Februari - Maret 2019  
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, 19 Februari 2019

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
KABUPATEN MALANG



**GATOT YUDHA SETIAWAN, AP., MM**

Pembina Tingkat I  
NIP. 19740326 199311 1 001

Tembusan :

Yth. Sdr.

1. Ketua Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang;
3. Kepala Puskesmas Wilayah Kerja Kec. Lawang Kab. Malang;
4. PMB Lilik Agustina Kec. Lawang Kab. Malang;
5. Mhs/Ybs;
6. Arsip.

**SURAT PERMOHONAN  
KESEDIAAN MENJADI SUBJEK STUDI KASUS**

Kepada Yth.

Ibu/Ny : .....

Di PMB Lilik Agustina, Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang.

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan adanya penyusunan Laporan Tugas Akhir sebagai persyaratan bagi mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang untuk menyelesaikan pendidikan Diploma 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 Pada By. A Praktek Mandiri Bidan (PMB) Lilik Agustina, Kecamatan Lawang, Kabupaten 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, 20 Februari 2019  
Hormat saya,

**ALVINA RACHMA AULIA**  
**NIM. 1602100065**

**PENJELASAN SEBELUM PEMBERIAN ASUHAN**

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

Nama : Alvina Rachma Aulia

NIM : 1602100065

Dengan ini meminta Saudara/i untuk berpartisipasi secara sukarela untuk menjadi subjek asuhan kebidanan yang berjudul “Asuhan Kebidanan Neonatus di PMB Lilik Agustina”

Tujuan dari Asuhan Kebidanan ini diantaranya memberikan :

1. Prosedur yang 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 6 sampai dengan usia 28 hari setelah lahir, termasuk didalamnya konseling kesehatan ibu dan bayi.
3. Seandainya Saudara/i tidak menyetujui atau menolak dengan asuhan yang akan diberikan, Saudara/i berhak untuk mengundurkan diri.
4. Adapun identitas, dan hasil lembar observasi Saudar/i akan kami jaga kerahasiaannya.

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Malang,, 20 Februari 2019  
Hormat saya

**ALVINA RACHMA AULIA**  
**NIM. 1602100065**

**LEMBAR PERSETUJUAN KLIEN**  
*(Informed Consent)*

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : mi  
Umur : 19  
Alamat : Sumberjo Rt: 002 Rw: 005  
Kec: Lawang kab: Malang.

Setelah mendapatkan 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 terdapat sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

Yang Memberikan Asuhan

Yang Membuat Persetujuan



(Alvina Rachma Aulia )  
NIM : 1602100065



(ma.....)

Keterangan:

\*) Coret yang tidak perlu

**FORMAT PENGKAJIAN NEONATUS**

**PENGKAJIAN :**

**Data Subjektif**

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

Tempat : .....

Nama Pengkaji : .....

1) Biodata

Nama Bayi : .....

Tanggal Lahir : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Anak Ke : .....

Biodata orang tua

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

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

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

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

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

Penghasilan : ..... Penghasilan : .....

Alamat : .....

2) Riwayat Kesehatan Keluarga :

.....  
.....

3) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

a) Riwayat Prenatal :

.....  
.....

b) Riwayat Natal :

.....  
.....

c) Riwayat Postnatal:

.....

4) Riwayat Psikologis dan Sosial.

a) Riwayat Psikologis

.....  
.....

b) Riwayat Sosial

.....  
.....

5) Kebutuhan Dasar Neonatus

a) Kebutuhan Nutrisi

.....  
.....

b) Pola eliminasi

.....  
.....

c) Pola Istirahat

.....  
.....

**Data Objektif**

1) Pemeriksaan Umum

KU : .....

Pernafasan : .....

Denyut Jantung : .....

Suhu : .....

Gerakan : .....

Tangisan : .....

Warna kulit : .....

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala : .....

Muka : .....

Mata : .....

Hidung : .....

Mulut : .....

Telinga : .....

Leher : .....

Dada : .....

Abdomen : .....

Tali pusat : .....  
Genetalia : .....  
Anus : .....  
Punggung : .....  
Ekstremitas : .....

3) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : .....  
Panjang badan : .....  
Lingkar kepala : .....  
Lingkar dada : .....  
Lingkar lengan atas : .....

4) Pemeriksaan Neurologis

Refleks isap (*sucking*) : Ada/Tidak ada  
Refleks mencari (*rooting*) : Ada/Tidak ada  
Refleks genggam (*palmar grasp*) : Ada/Tidak ada  
Refleks *babinski* : Ada/Tidak ada  
Refleks moro/ terkejut : Ada/Tidak ada  
Refleks tonik leher atau *fencing* : Ada/Tidak ada

**IDENTIFKASI DIAGNOSA DAN MASALAH :**

Dx : .....  
DS : .....  
DO : .....  
Masalah : .....

**IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL :**

.....

**IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA :**

.....

.....

**INTERVENSI :**

.....

.....

.....



**IMPLEMENTASI :**

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

**EVALUASI :**

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

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

**STANDAR OPERASIONAL  
PEMBERIAN IMUNISASI HB 0**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Persiapan</b>   | Memeriksa catatan riwayat kesehatan bayi   |
|                    | Menyiapkan alat dan bahan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaksin HB <i>uniject</i></li> <li>2. Kapas DTT</li> <li>3. Bak Instrumen</li> <li>4. Perlak dan alasnya</li> <li>5. Bengkok</li> <li>6. Alat Tulis</li> </ol>                            |
| <b>Orientasi</b>   | Mengucapkan salam dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah  |
|                    | Memperkenalkan diri  |
|                    | Menjelaskan tujuan pertemuan dan imunisasi hepatitis B   |
|                    | Menginformasikan tentang prosedur yang akan dilakukan  |
|                    | Menyatakan kontrak waktu   |
| <b>Pelaksanaan</b> | Mencuci tangan sesuai prosedur, mengeringkan tangan dan memakai sarung tangan  |
|                    | Menyiapkan vaksin dengan mendorong tutup spuit vaksin ke dalam hingga terdengar bunyi klik (tanpa membuka tutup spuit)   |
|                    | Mengatur posisi bayi, bayi dipangku ibunya di sisi sebelah kiri dan tangan kanan bayi melingkar ke badan ibu. Tangan kiri ibu merangkul bayi, menyangga kepala bahu dan memegang sisi luar tangan kiri bayi. Tangan kanan ibu memegang kaki bayi dengan kuat |
|                    | Menyiapkan daerah injeksi, yaitu di daerah 1/3 bagian atas paha kanan bagian luar  |
|                    | Memasang alas dan mendekatkan peralatan  |
|                    | Mensterilkan permukaan kulit yang akan disuntik/diusap dengan kapas DTT dari tenah keluar secara melingkar sekitar 5 cm.   |
|                    | Mendorong ujung penutup jarum vaksin   |
|                    | Menekan kulit sekitar daerah injeksi dengan ibu jari dan telunjuk  |
|                    | Menyuntikkan jarum dengan lubang menghadap ke arah atas dengan sudut 90 <sup>0</sup> secara cepat injeksi intramuskular  |
|                    | Menarik jarum setelah vaksin habis sambil menekan lokasi penyuntikan dengan kapas, kemudian memijad daerah tersebut  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Evaluasi</b>  | Mendokumentasikan dan merapikan alat, membuang sampah ke dalam tempat yang sesuai                                    |
|                  | Merapikan bayi atau anak   |
|                  | Mengamati kondisi umum bayi atau anak  |
|                  | Melepaskan sarung tangan dan membuangnya di tempat yang sesuai, kemudian mencuci tangan.                             |
| <b>Terminasi</b> | Memeberikan penjelasan pada orangtua sehubungan dengan hasil imunisasi, efek samping dan perawatan setelah imunisasi |
|                  | Melakukan dokumentasi  |

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir**

|  |   |
|--|---|
| <b>Pengertian</b>                                | <p>Pemeriksaan fisik merupakan salah satu hal yang harus dikerjakan dalam rangkaian pengumpulan data dasar (pengkajian data) pada bayi baru lahir sebagai dasar dalam menentukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.</p> <p>Dalam melakukan pemeriksaan ini sebaiknya bayi dalam keadaan telanjang di bawah lampu terang, sehingga bayi tidak mudah kehilangan panas. Tujuan pemeriksaan fisik secara umum pada bayi adalah menilai keadaan umum bayi, menentukan status adaptasi atau penyesuaian kehidupan intrauteri ke dalam kehidupan ektrauteri, dan mencari adanya kelainan/ ketidaknormalan pada bayi.</p> |
| <b>Tujuan</b>                                    | Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir sesuai dengan prosedur.  |
| <b>Petugas</b>                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa</li> <li>2. Pembimbing</li> </ol>   |
| <b>Persiapan dan Hal yang Perlu Diperhatikan</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan alat dan bahan yang akan digunakan untuk pemeriksaan fisik</li> <li>2. Perhatikan petunjuk pelaksanaan tindakan</li> <li>3. Lakukan tindakan secara lembut, hati-hati dan teliti</li> <li>4. Perhatikan keadaan bayi sebelum bekerja agar tindakan dapat dilaksanakan dengan baik</li> <li>5. Letakkan bayi dan alat-alat pada tempat yang aman.</li> </ol>   |
| <b>Persiapan alat</b>                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selimut bayi</li> <li>2. Timbangan bayi</li> <li>3. Metlin</li> <li>4. <i>Penlight</i></li> <li>5. Stetoskop</li> </ol>   |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <p><b>Prosedur</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan inform consent: memberi tahu dan menjelaskan pada ibu atau keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Melakukan anamnesis riwayat dari ibu meliputi: faktor genetik, faktor lingkungan sosial, faktor ibu dan perinatal, faktor neonatal</li> <li>3. Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis (memastikan kelengkapan alat)</li> <li>4. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir, keringkan dengan handuk bersih, lalu menggunakan sarung tangan bersih</li> <li>5. Meletakkan bayi pada tempat yang rata/tempat tidur (upayakan tempat untuk pemeriksaan aman, menghindari bayi terjatuh), dan atur posisi bayi dalam keadaan telentang</li> <li>6. Mengkaji keadaan umum bayi secara keseluruhan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi cukup bulan biasanya ditutupi oleh vernik kaseosa</li> <li>• Bibir dan kulit bayi apakah berwarna merah muda / biru</li> <li>• Apakah Ekstremitas bayi dapat bergerak bebas / fleksi</li> <li>• Bayi bernafas / menangis tanpa dengkur atau tarikan dada</li> </ul> </li> </ol> <p><b>PENGUKURAN ANTROPOMETRI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Melakukan penimbangan (berat badan): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakan kain atau kertas pelindung dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan</li> <li>• Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi</li> <li>• Normal: 2500-4000 gram</li> </ul> </li> <li>8. Melakukan pengukuran panjang badan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan bayi di tempat yang datar</li> <li>• Ukur panjang bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan</li> <li>• Normal: 48-52 cm</li> </ul> </li> <li>9. Mengukur lingkar kepala <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara: mengukur kepala pada diameter</li> </ul> </li> </ol> |
|------------------------|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>terbesar yaitu frontali- oksipitalis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika terdapat caput suksedanium, dapat dilakukan hari ke-2 atau ke-3</li> <li>• Normal: 33-35 cm</li> </ul> <p>10. Mengukur lingkaran dada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengukuran dilakukan dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu)</li> <li>• Normal: 30-38 cm</li> </ul> <p><b>PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL</b></p> <p>11. Pemeriksaan suhu bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilakukan di aksila, 5-10 menit</li> <li>• Suhu normal bayi 36,5-37,5<sup>0</sup> C</li> </ul> <p>12. Pemantauan denyut jantung bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperhatikan keteraturan denyut jantung bayi, hitung frekuensinya selama 1 menit penuh</li> <li>• Denyut jantung normal 120-160 x/menit</li> </ul> <p>13. Pemantauan pernafasan bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghitung pernafasan bayi selama 1 menit penuh</li> <li>• Memantau adanya apnu dan mendengarkan suara nafas</li> <li>• Memperhatikan tarikan dada bayi</li> <li>• Pernafasan normal (40-60 x/menit)</li> </ul> <p><b>PEMERIKSAAN HEAD TO TOE</b></p> <p>14. Melakukan pemeriksaan kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal</li> <li>• Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat prematuritas atau hidrosefalus, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefali</li> <li>• Periksa adanya trauma kelahiran misalnya; caput suksedaneum, cephal hematoma, perdarahan subaponeurotik/fraktur tulang tengkorak Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti: anensefali, mikrosefali</li> </ul> <p>15. Periksa hidung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm</li> </ul> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring</li> <li>• Periksa adanya sekret mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis congenital</li> <li>• Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan</li> </ul> <p>16. Melakukan pemeriksaan bibir dan mulut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji bentuk bibir apakah simetris atau tidak</li> <li>• Perhatikan daerah langit-langit mulut dan bibir jika ada bibir sumbing</li> <li>• Perhatikan jika ada bercak putih pada gusi maupun palatum</li> <li>• Kaji refleks rooting (mencari puting susu), refleks sucking/menghisap dan refleks swallowing /menelan</li> </ul> <p>17. Melakukan pemeriksaan leher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya</li> <li>• Pergerakannya harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher</li> <li>• Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan/pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis</li> </ul> <p>18. Melakukan periksa dada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas, pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan, tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan</li> <li>• Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris, cek pengeluarannya</li> </ul> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal</li> </ul> <p>19. Memeriksa bahu, lengan, tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah Periksa jumlah jari, perhatikan adanya polidaktili atau sidaktili</li> <li>• Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti trisomi 21 Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan</li> <li>• Kaji refleks moro dan kemungkinan adanya fraktur: bayi akan mengembangkan tangannya ke samping dan melebarkan jari-jarinya kemudian menarik tangannya kembali dengan cepat seperti ingin memeluk seseorang</li> <li>• Kaji refleks palmar grasping/ menggenggam: timbul bila kita menggoreskan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi, jari-jari bayi akan melingkar ke dalam seolah memegangi suatu benda dengan kuat</li> </ul> <p>20. Memeriksa abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amati tali pusat: pada tali pusat, terdapat 2 arteri dan 1 vena</li> <li>• Observasi pergerakan abdomen, abdomen tampak bulat dan bergerak serentak dengan pergerakan dada saat bernafas</li> <li>• Raba abdomen untuk memeriksa adanya massa. Melihat dan meraba bentuk abdomen: raba apakah ada massa abnormal, bentuk perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragma, bentuk abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya</li> </ul> <p>21. Memeriksa tungkai dan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki</li> <li>• Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan, juga</li> </ul> |
|--|--|



|  |   |
|--|---|
|  | <p>hitung jumlah jari-jari kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis</li> <li>• Mengkaji refleks Babinski: dengan mengusap/menekan bagian menonjol dari dasar jari di telapak kaki bayi keatas dan jari-jari membuka</li> </ul> <p>22. Periksa spinal/punggung</p> <p>Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda-tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan, lesung atau bercak kecil berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas medula spinalis atau kolumna vertebra</p> <p>23. Periksa anus dan rectum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belumkeluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan</li> </ul> <p>24. Memeriksa kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perhatikan kondisi kulit bayi: warna, ruam, pembengkakan, tanda-tanda infeksi</li> <li>• Periksa adanya bercak atau tanda lahir</li> <li>• Perhatikan adanya vernik kaseosa</li> <li>• Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan</li> </ul> <p>25. Menjelaskan pada orang tua hasil pemeriksaan dan memberinya konseling</p> <p>26. Merapikan bayi dan memberikan pada keluarganya kembali</p> <p>27. Membereskan alat dan bahan yang telah digunakan</p> <p>28. Melepas sarung tangan, lalu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih</p> <p>29. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan</p> |
|--|---|

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  
**Memandikan bayi dan Perawatan tali pusat**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Pengertian</b>                    | Adalah memandikan bayi secara benar sehingga menghindari kehilangan panas bayi serta perawatan tali pusat yang benar mencegah terjadinya infeksi dan perdarahan   |
| <b>Tujuan</b>                        | 1. Menyiapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan untuk perawatan tali pusat dan memandikan bayi dengan benar<br>2. Melakukan perawatan tali pusat dan memandikan bayi sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.  |
| <b>Petugas</b>                       | 3. Mahasiswa<br>4. Pembimbing   |
| <b>Persiapan bayi dan Lingkungan</b> | 1. Bayi<br>a. Posisikan bayi di tempat yang datar dan diberi alas<br>2. Lingkungan<br>a. Memasang sketsel/sampiran jika diperlukan  |
| <b>Hal yang perlu diperhatikan</b>   | a. Pusatkan perhatian pada pekerjaan<br>b. Lakukan pekerjaan dengan gerakan lembut dan tidak menyakiti bayi<br>c. Pegang bayi lebih erat ketika berada dalam bak mandi agar bayi tidak terlepas karena licin<br>d. Lakukan dengan cepat dan tepat agar bayi tidak kedinginan<br>e. Sebelum memasukkan bayi kedalam bak periksa suhu air<br>f. Jangan tambahkan air panas saat bayi berada dalam bak mandi |
| <b>Persiapan alat</b>                | a. Air dingin dan air hangat<br>b. Sabun cair atau padat untuk bayi<br>c. Sampo bayi<br>d. Bak mandi bayi<br>e. Perlak<br>f. Waslap<br>g. Handuk<br>h. Kapas basah dalam tempatnya  |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Pakaian bayi</li> <li>j. Selimut</li> </ul>  |
| <b>Prosedur</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri tahu ibu bahwa bayi akan dimandikan (pastikan bayi tidak baru selesai makan dan motivasi ibu untuk melihat cara memandikan bayi)</li> <li>2. Siapkan alat dan bahan (pastikan bahan dan alat dalam keadaan baik dan disusun secara ergonomis)</li> <li>3. Pastikan suhu ruangan tetap hangat</li> <li>4. Cuci tangan (lakukan cuci tangan secara efektif dengan prinsip tujuh langkah pencegahan infeksi)</li> <li>5. Tuangkan air ke dalam bak mandi bayi (pastikan air dingin yang ditambah dengan air panas benar benar terasa hangat dan dites dengan cara memasukkan siku atau pergelangan tangan bagaikan dalam ke dalam air)</li> <li>6. Buka pakaian bawah bayi dan bersihkan daerah genetalia (periksa bayi BAK/BAB, jika BAB kita bersihkan dahulu menggunakan kapas basah. Pegang kaki bayi agar tidak terkena kotoran, membersihkan alat kelaminnya mulai dari arah depan ke belakang)</li> <li>7. Letakkan bayi diatas handuk dan buka pakaiannya. (bayi jangan terlalu lama dalam keadaan telanjang)</li> <li>8. Bersihkan tali pusat dengan kapas/kasa basah (jangan menarik tali pusat) Bersihkan muka bayi (bersihkan dengan cara membasahi waslap dengan air dan diusapkan di wajah bayi, hindari pemakaian sabun pada saat membersihkan wajah)</li> <li>9. Bersihkan kepala bayi (bersihkan dengan cara basahi kembali waslap dengan air dan sampo kemudian bersihkan kepala bayi dan bilas dengan air. Keringkan dengan menggunakan handuk. Pastikan sampo tidak mengenai mata bayi agar tidka perih)</li> <li>10. Pindahkan ke dalam bak mandi (pastikan posisi lengan kiri mnyangga kepala dan punggung bayi dan jari tangan di bawah ketiak dan ibu jari di sekeliling bahu dan tangan kanan memegang bokong bayi. Pertahankan dan pegang erat tubuh bayi agar tidak terlepas dari tangan)</li> <li>11. Bersihkan tubuh bayi bagian depan (dengan menggunakan tangan kanan, bersihkan tubuh bayi dengan menggunakan waslap yang telah diberi sabun dimulai dari daerah dada. Pegang bayi erat-erat agar</li> </ol> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>tidak terlepas dari tangan)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>12. Balikkan badan bayi dan bersihkan bagian punggung (pastikan posisi lengan kanan menyangga dada dan jari tangan melingkari ketiak, pegang erat bayi agar tidak terlepas dari tangan. Pastikan air tidak masuk ke dalam hidung, mulut dan telinga bayi)</li><li>13. Angkat bayi (pastikan posisi lengan kiri menyangga kepala dan punggung bayi dan jari tangan dibawah ketiak dan ibu jari di sekeliling bahu dan tangan kanan memegang bokong bayi)</li><li>14. Keringkan tubuh bayi dengan menggunakan handuk dan rapikan bayi (lakukan dengan cepat dan bayi benar-benar kering serta pastikan pakaian dan selimut dalam keadaan bersih)</li><li>15. Bereskan alat-alat (setelah selesai menggunakan alat dirapikan kembali)</li><li>16. Cuci tangan (cuci tangan secara efektif dengan prinsip tujuh langkah pencegahan infeksi)</li><li>17. Berikan kembali bayi kepada ibunya (tanyakan apakah ada hal yang ingin diperjelas dalam melakukan proses memandikan bayi)</li></ol> |
|--|--|

## CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN  
IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

## Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 19-Feb-2019 Pukul : 23.15 WIB.  
 Umur kehamilan : 39-40 Minggu  
 Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain .....  
 Cara persalinan : Normal/Tindakan .....  
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lohia berbau/lain-lain .....)/  
 Meninggal\*

Keterangan tambahan : .....

\* Lingkari yang sesuai

## Bayi Saat Lahir

Anak ke : I (SATU)  
 Berat Lahir : 3.050 gram  
 Panjang Badan : 48 cm  
 Lingkar Kepala : 33 cm  
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*

## Kondisi bayi saat lahir\*\*:

Segera menangis                       Anggota gerak kebiruan  
 Menangis beberapa saat             Seluruh tubuh biru  
 Tidak menangis                         Kelainan bawaan  
 Seluruh tubuh kemerahan             Meninggal

## Asuhan Bayi Baru Lahir \*\*::

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan: .....

\* Lingkari yang sesuai

\*\* Beri tanda [ ✓ ] pada kolom yang sesuai

**CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR**

**CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR**

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

**PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:**

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. Jaga bayi tetap hangat  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Bersihkan jalan napas (bila perlu)  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Potong dan ikat tali pusar tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit* setelah lahir.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Inisiasi Menyusu Dini   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Imunisasi Hepatitis B0 0,5ml intramuskular, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Pemberian Identitas   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Pemulangan Bayi Lahir Normal, Konseling, dan Kunjungan Ulang   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK  |                                     |
| - Skrining Hipotiroid Kongenital   | <input type="checkbox"/>            |
| - Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)-/+   | <input type="checkbox"/>            |
| - Konfirmasi hasil SHK   | <input type="checkbox"/>            |

39

MTBM KUNJUNGAN 1

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 7.02.2019  
 Nama Bayi : A. Nama Orang Tua : NY. M. Alamat : Sumberjo 2/5 Lawang  
 Umur : 8. Hari Berat badan : 2.850 Gram Suhu badan : 36.7 °C  
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? Kunjungan pertama ? Kunjungan ulang ?

| Penilaian (lingkarilah semua gejala yang ditemukan).  | Klasifikasi  | Tindakan   |
|---|--|--|
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat Atau Infeksi Bakteri.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya. <u>Tidak</u></li> <li>Ada riwayat kejang. <u>Tidak</u></li> <li>Bayi bergerak jika hanya dirangsang. <u>Tidak</u></li> <li>Hitung napas dalam 1 menit <u>54</u> kali/menit                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali/menit, hingga napas kedua <u>—</u> kali/menit. Napas cepat</li> <li>Napas lambat (<math>\leq 30</math> kali/menit)</li> </ul> </li> <li>Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat. <u>Tidak</u></li> <li>Bayi merintih. <u>Tidak</u></li> <li>Suhu tubuh <math>&gt; 37.5</math> °C <u>Tidak</u></li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36</math> °C <u>Tidak</u></li> <li>Mata bermanah : Apakah sedikit atau banyak? <u>Tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. <u>Tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan atau bermanah. <u>Tidak</u></li> <li>Ada pustul dikulit. <u>Tidak</u></li> </ul>  | <p>MUNGKIN<br/>BUKAN INFESI</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajari ibu cara merawat bayi di rumah</li> <li>kalculan ASI dan dasar bayi muda</li> </ul> |
| <p><b>Apakah Bayi Diare ?</b> Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sudah diare selama <u>—</u> Hari</li> <li>Keadaan umur bayi :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Letargis atau tidak sadar. <u>⊖</u></li> <li>Gelisah atau rewel. <u>⊖</u></li> </ul> </li> <li>Mata cekung. <u>⊖</u></li> <li>Cubit kulit perut kembalinya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik). <u>⊖</u></li> <li>Lambat. <u>⊖</u></li> </ul> </li> <li>Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. <u>Tidak</u></li> </ul>  | <p>—</p>   | <p>—</p>   |
| <p><b>Memeriksa Ikterus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam) <u>⊖</u></li> <li>Kuning ditemukan pada umur <math>\geq 14</math> jam sampai <math>\leq 14</math> jam. <u>⊖</u></li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari. <u>⊖</u></li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. <u>⊖</u></li> <li>Tinjak berwarna pucat. <u>⊖</u></li> </ul>  | <p>Tidak Ikterus</p>                                       | <p>kalculan perawatan dasar bayi muda</p>  |
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah Dan Atau Masalah Pemberian ASI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>—</u></li> <li>Berat badan menurut umur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>BB/U <math>&lt; -3</math> SD.</li> <li>BB/U antara <math>-2</math> SD dan <math>-3</math> SD.</li> <li>Tidak ada masalah berat badan rendah atau <math>&gt; -2</math> SD.....</li> </ul> </li> <li>Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>Apakah bayi diberikan ASI?? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>8-10</u> kali</li> <li>Apakah bayi dikasih minum selain ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika YA, berapa kali dalam 24 jam? <u>—</u> kali</li> <li>Alat apa yang digunakan? <u>—</u></li> </ul> </li> <li>Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut.</li> <li>Ada celah bibir / langit-langit. <u>Tidak</u></li> </ul> <p>JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI <math>&lt; 8</math> kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk kerumah sakit.</p> <p><b>Lakukan Penilaian Tentang Cara Menyusui</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apa bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <u>YA</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya.</li> </ul> </li> </ul> | <p>BB tidak rendah dan tidak ada masalah pemberian ASI</p> | <p>Memulai ibu karena ibu telah memberikan ASI kepada bayi dengan benar</p>  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>✓ Jika YA, minta ibu untuk memberi tahu jika bayi sudah mau menyusu lagi.<br/>Amati pemberian ASI dengan seksama.<br/>Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat apakah bayi menyusu dengan baik. ✓</li> <li>• Lihat apakah posisi bayi benar, seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus- badan bayi menghadap kedada ibu - badan bayi dekat dengan ibu. Posisi salah (<del>Posisi benar</del>) ✓</li> <li>• Lihat apakah perlekatan benar : Dagu bayi menempel payudara - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah membuka keluar - areola bagian tampak lebih banyak. Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik <del>melekat dengan baik</del> ✓</li> <li>• Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat- hanya terdengar suara menelan. Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif (<del>mengisap dengan efektif</del>)</li> </ul> |   |   |
| <p>Memeriksa Status Vitamin K1<br/>(beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>  | <p>→</p>  | <p>Vitamin K1 diberikan segera setelah lahir. ✗</p>             |
| <p>Memeriksa Status Imunisasi (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)<br/>Hepatitis B - 0 <sup>20/09</sup> BCG Polio 1</p>  | <p>→</p>  | <p>Imunisasi yang diberikan hari ini : <u>Hepatitis B-0</u></p> |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Lain</p>   | <p>—</p>  | <p>—</p>  |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Ibu</p>  | <p>Nasihat ibu kapan kembali segera<br/>Kembali kunjungan ulang : <u>5</u> hari</p> |   |




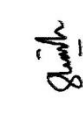
CATATAN PERKEMBANGAN


Kunjungan Ke : ..... II (dua) .....  
 Tanggal : Minggu / 24 Februari 2019  
 Tempat : PMS Ulik Agustina  
 Waktu : 06.45 WIB


| DATA SUBJEKTIF  | DATA OBJEKTIF  | ANALISA  | PENATALAKSANAAN   |
|---|--|--|---|
| 1. Ibu mengatakan bayinya sehat tidak rewel<br>2. Ibu mengatakan bayinya agak kuning sudah 2 hari<br>3. Ibu mengatakan bayinya sering muntah, baal leadang leadang gumpoh<br>4. Ibu mengatakan bayi BAK 1-4 kali warna kuning jernih, BAB 1-2 kali warna coklat kecoklatan<br>5. Ibu mengatakan bayi mandi 2 kali<br>6. Ibu mengatakan memeluk bayinya<br>7. Ibu mengatakan memaukai busi | 1. Pemeriksaan umum<br>KU : Baik<br>Nadi : 124 x/mnt<br>Respirasi : 38 x/mnt<br>Suhu : 36,7 °C<br>2. Pemeriksaan Antropometri<br>BB : 3.200 gr<br>PB : 48 cm<br>UK : 33 cm<br>LD : 32 cm<br>LILA : 11 cm<br>3. Pemeriksaan Fisik<br>- warna kulit kuning pada daerah wajah leher dan dada.<br>- muka tampak kuning.<br>- mata -<br>- sklera tidak ikterus<br>- Abdomen -<br>- Ruas sudah kering. | Memuter culup bulan sejual masa kehamilan usia 5 hari dengan (kemer fisiologi debut II | 1. Pemberian ASI pada ibu<br>2. Memeriksa hasil pemeriksaan<br>3. Memotivasi untuk menyusui bayinya.<br>4. memberitahu ibu untuk tetap memeluk bayinya.<br>5. Mengajarkan cara memandikan bayi<br>6. Memberikan edukasi tentang bahaya.<br>7. Penjelasan lanjutan selanjutnya.<br>8. Monevikan dokumentasi. |

Mahasiswa : .....  
 Orang Tua Neonatus : .....  
 Pembimbing : .....

  
 (Lilik Agustina, STT, Keat)

  
 (Aurora Rachma, A)

  
 (.....)

  
 BINA TEK MANURI  
 Institut Teknologi dan Ilmu Kesehatan  
 Jl. Raya ...  
 Telp. ...

MTBM KUNJUNGAN II

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 24 Februari 2019  
 Nama Bayi : A L/P Nama Orang Tua : N. M Alamat : Sumbinejo 2/5 lawang  
 Umur : 5 hari Berat badan : 3.200 Gram Suhu badan : 36.7 °C  
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? Kuning Kunjungan pertama ? Kunjungan ulang ?

| Penilaian (lingkarilah semua gejala yang ditemukan).  | Klasifikasi   | Tindakan  |
|---|---|---|
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat Atau Infeksi Bakteri.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya. <u>tidak</u></li> <li>Ada riwayat kejang. <u>tidak</u></li> <li>Bayi bergerak jika hanya dirangsang. <u>tidak</u></li> <li>Hitung napas dalam 1 menit <u>58</u> kali/menit                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali/menit, hingga napas kedua <u>—</u> kali/menit. Napas cepat</li> <li>Napas lambat (<math>\leq 30</math> kali/menit)</li> </ul> </li> <li>Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat. <u>tidak</u></li> <li>Bayi merintih</li> <li>Suhu tubuh <math>&gt; 37.5</math> °C <u>tidak</u></li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36</math> °C <u>tidak</u></li> <li>Mata bermanah : Apakah sedikit atau banyak? <u>tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. <u>tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan atau bemanah. <u>tidak</u></li> <li>Ada pustul dikulit. <u>tidak</u></li> </ul>   | <p>Mungkin bucan infeksi</p>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alan ibu cara merawat bayi dirumah</li> <li>lakukan ASI dan berikan ASI eksklusif</li> </ul>                                   |
| <p><b>Apakah Bayi Diare ?</b> Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sudah diare selama <u>—</u> Hari</li> <li>Keadaan umum bayi :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Letargis atau tidak sadar. <u>⊖</u></li> <li>Gelisah atau rewel. <u>⊖</u></li> </ul> </li> <li>Mata cekung <u>⊖</u></li> <li>Cubit kulit perut kembalinya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik). <u>⊖</u></li> <li>Lambat. <u>⊖</u></li> </ul> </li> <li>Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna.</li> </ul>  |   |   |
| <p><b>Memeriksa Ikterus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam)</li> <li>Kuning ditemukan pada umur <math>\geq 14</math> jam sampai <math>\leq 14</math> jam. <u>✓</u></li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari. <u>tidak</u></li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki.</li> <li>Tinja berwarna pucat. <u>tidak</u></li> </ul>   | <p>IKTERUS</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>lakukan ASI dan berikan ASI eksklusif</li> <li>Monitor bilirubin</li> <li>jemur bayi pakek 07:00 - 09:00 ± 30 menit</li> </ul> |
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah Dan Atau Masalah Pemberian ASI.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>—</u></li> <li>Berat badan menurut umur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>BB/U <math>&lt; -3</math> SD.</li> <li>BB/U antara <math>-2</math> SD dan <math>-3</math> SD.</li> <li>Tidak ada masalah berat badan rendah atau <math>&gt; -2</math> SD.</li> </ul> </li> <li>Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>Apakah bayi diberikan ASI?? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? <u>8-10</u> kali</li> <li>Apakah bayi dikasih minum selain ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika YA, berapa kali dalam 24 jam? <u>—</u> kali</li> <li>Alat apa yang digunakan? <u>—</u></li> </ul> </li> <li>Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut.</li> <li>Ada celah bibir / langit-langit. <u>tidak</u></li> </ul> <p>JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI <math>&lt; 8</math> kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk kerumah sakit.</p> <p>Lakukan Penilaian Tentang Cara Menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apa bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <u>YA</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya.</li> </ul> </li> </ul> | <p>BERAT BADAN TIDAK RENDAH DAN TIDAK MASALAH PEMBERIAN ASI</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>lakukan ASI dan berikan ASI eksklusif</li> <li>pujian ibu karena telah memberikan ASI eksklusif</li> </ul>                     |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>✓ Jika YA, minta ibu untuk memberi tahu jika bayi sudah mau menyusu lagi.<br/>Amati pemberian ASI dengan seksama.<br/>Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat apakah bayi menyusu dengan baik. <i>Ya</i>.</li> <li>• Lihat apakah posisi bayi benar, seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus- badan bayi menghadap kedada ibu - badan bayi dekat dengan ibu. Posisi salah - <u>Posisi benar</u></li> <li>• Lihat apakah perlekatan benar : Dagu bayi menempel payudara - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah membuka keluar - areola bagian tampak lebih banyak. Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - <u>melekat dengan baik</u>.</li> <li>• Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat- hanya terdengar suara menelan. Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - <u>mengisap dengan efektif</u>.</li> </ul> |   |  |
| <p>Memeriksa Status Vitamin K1<br/>(beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>   |   | <p>Vitamin K1 diberikan segera setelah lahir. <u>7</u></p> |
| <p>Memeriksa Status Imunisasi (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)<br/>Hepatitis B - 0 <u>20/2</u> BCG - Polio 1 -</p>  |   | <p>Imunisasi yang diberikan hari ini : -</p>               |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Lain</p>  |   |  |
|  | <p>Nasihati ibu kapan kembali segera<br/>Kembali kunjungan ulang : _____ hari</p> |  |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Ibu</p>   |   |  |

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Ke : III....(Tiga).....  
 Tanggal : Rabu/07 Maret 2019.  
 Tempat : Rumah....Nl.M.  
 Waktu : 11.30 WIB.....

| DATA SUBJEKTIF  | DATA OBJEKTIF  | ANALISA  | PENATALAKSANAAN  |
|---|--|--|--|
| 1. Ibu mengatakan Anakenta sudah tidak lewung 2 hari yang lalu.<br>2. Ibu mengatakan bayi mulai 5-8-10 hari/hari<br>3. Ibu mengatakan bayi baik 5-6 hari/hari warna lewung BAB 2-3 kali warna lewung lembek.<br>4. Ibu mengatakan tetap baik<br>5. Ibu mengatakan mau buang leras tanggal 26-02-2019.<br>6. Ibu mengatakan bayi mau 2 hari/hari | 1. Pemeriksaan umum : Baik<br>BB : 55 kg/munit<br>S : 26,6°C<br>Denut Jantung 135 x/menit<br>2. Pemeriksaan Antropometri<br>BB : 3-700 gr LP : 32 cm<br>PB : 48 cm ULA : 11 cm.<br>LK : 33 cm<br>3. Pemeriksaan Fisik<br>- Insang lecut<br>- Bulu rahi<br>- Mulut : tidak pucat, tidak lewung<br>- Abdomen : tidak kembung, tidak pucat bersih, tidak leper. | Neonatus cukup bulan<br>Sesual maia kehamilan<br>UMLA 16 hari. | 1. Memberikan pulsan pada ibu<br>2. Melakukan Hasi Rematik Saan<br>3. memotivasi untuk bekerja tan bayi sehan-hari<br>4. memotivasi ibu untuk rutin lecut postnatal.<br>5. Membutahu ibu untuk mughali tanda bahaya.<br>6. Menelalkan dan mengang unikan ibu untuk mengim Unlalkan BCG + Polio I<br>7. Menginulikan kunjungan selanjutnya.<br>8. Dolekum Btasi |

Orang Tua Neonatus

Pembimbing

(Alvin Rachma A.....)  
 Nl.M.

(Natali Setiawati S.P.Ng)  
 Nl.M.

MTBM KUNJUNGAN III

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 07 - Maret - 2019  
 Nama Bayi : Rani A. L/P Nama Orang Tua : Ny. M. Alamat : Sumberejo 2/5 Kawang.  
 Umur : 11.5 hari Berat badan : 3700 Gram Suhu badan : 36.6 °C  
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa? - Kunjungan pertama?..... Kunjungan ulang?..!✓

| Penilaian (lingkarilah semua gejala yang ditemukan).   | Klasifikasi   | Tindakan   |
|--|---|--|
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat Atau Infeksi Bakteri.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya. <u>tidak</u></li> <li>Ada riwayat kejang. <u>tidak</u></li> <li>Bayi bergerak jika hanya dirangsang. <u>tidak</u></li> <li>Hitung napas dalam 1 menit <u>55</u> kali/menit                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali/menit, hingga napas kedua <u>—</u> kali/menit. Napas cepat</li> <li>Napas lambat (<math>\leq 30</math> kali/menit)</li> </ul> </li> <li>Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat. <u>tidak</u></li> <li>Bayi merintih.</li> <li>Suhu tubuh <math>&gt; 37.5</math> °C <u>tidak</u></li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36</math> °C <u>tidak</u></li> <li>Mata bernaah : Apakah sedikit atau banyak? <u>tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. <u>tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan atau bernaah. <u>tidak</u></li> <li>Ada pustul kulit. <u>tidak</u></li> </ul>  | <p>MUNGKIN<br/>BUKAN INFESI</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alan ibu cara merawat bayi dirumah</li> <li>lakukan Anakan dasar bayi muda.</li> </ul>  |
| <p>Apakah Bayi Diare? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sudah diare selama <u>—</u> Hari</li> <li>Keadaan umur bayi :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Letargis atau tidak sadar. <input type="radio"/></li> <li>Gelisah atau rewel <input type="radio"/></li> </ul> </li> <li>Mata cekung.</li> <li>Cubit kulit perut kembalinya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik). <input type="radio"/></li> <li>Lambat. <input type="radio"/></li> </ul> </li> <li>Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna.</li> </ul>  | <p>—</p>  | <p>—</p>   |
| <p><b>Memeriksa Ikterus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam) <input type="radio"/></li> <li>Kuning ditemukan pada umur <math>\geq 14</math> jam sampai <math>\leq 14</math> jam. <input type="radio"/></li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari <input type="radio"/></li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki. <input type="radio"/></li> <li>Tinjak berwarna pucat. <input type="radio"/></li> </ul>   | <p>TIDAK ADA<br/>IKTERUS</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>lakukan Anakan dasar bayi muda.</li> </ul>  |
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah Dan Atau Masalah Pemberian ASI.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan? Ya <u>✓</u> Tidak <u>—</u></li> <li>Berat badan menurut umur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>BB/U <math>&lt; -3</math> SD.</li> <li>BB/U antara <math>-2</math> SD dan <math>-3</math> SD.</li> <li>Tidak ada masalah berat badan rendah atau <math>&gt; -2</math> SD.....</li> </ul> </li> <li>Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>Apakah bayi diberikan ASI?? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? <u>8-10</u> kali</li> <li>Apakah bayi dikasih minum selain ASI? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika YA, berapa kali dalam 24 jam? <u>—</u> kali</li> <li>Alat apa yang digunakan?</li> </ul> </li> <li>Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut. <u>tidak</u></li> <li>Ada celah bibir / langit-langit. <u>tidak</u></li> </ul> <p>JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI <math>&lt; 8</math> kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk kerumah sakit.</p> <p>Lakukan Penilaian Tentang Cara Menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apa bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <u>tidak</u></li> <li>Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya.</li> </ul> | <p>BERAT BADAN<br/>TIDAK<br/>RENDAH DAN<br/>TIDAK<br/>MASALAH<br/>PEMBERIAN ASI</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>lakukan Anakan dasar bayi muda</li> <li>Rutinlah Ibu karena telah merencanakan dan memberikan ASI kepada bayinya dengan benar.</li> </ul> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>✓ Jika YA, minta ibu untuk memberi tahu jika bayi sudah mau menyusu lagi.<br/>Amati pemberian ASI dengan seksama.<br/>Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat apakah bayi menyusu dengan baik. <del>Ya</del>.</li> <li>• Lihat apakah posisi bayi benar, seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus-badan bayi menghadap ke dada ibu - badan bayi dekat dengan ibu. Posisi salah <del>Posisi benar</del>.</li> <li>• Lihat apakah perlekatan benar : Dagu bayi menempel payudara - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah membuka keluar - areola bagian tampak lebih banyak. Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik <del>melekat dengan baik</del>.</li> <li>• Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat-hanya terdengar suara menelan. Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif <del>mengisap dengan efektif</del>.</li> </ul> |  |  |
| <p>Memeriksa Status Vitamin K1 (beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>   |  | <p>Vitamin K1 diberikan segera setelah lahir..//</p>                         |
| <p>Memeriksa Status Imunisasi (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)<br/>Hepatitis B - 0 <u>20/10</u> BCG - Polio 1 -</p>   |  | <p>Imunisasi yang diberikan hari ini : -</p>                                 |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Lain</p>  |  |  |
|  |  | <p>Nasihat ibu kapan kembali segera<br/>Kembali kunjungan ulang : - hari</p> |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Ibu</p>   |  |  |

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan Ke : IV (Empat).....  
 Tempat : Rumah NY.M  
 Tanggal : Senin / 18- Maret 2019.  
 Waktu : 15.30 WIB.....

| DATA SUBJEKTIF   | DATA OBJEKTIF   | ANALISA  | PENATALAKSANAAN  |
|--|---|--|--|
| 1. Ibu mengatakan keadaan bayi baik, tidak tercapat keluhan<br>2. Ibu mengatakan bayi mulai ± 8-10 kgau/ hari<br>3. Ibu mengatakan bayi BAK 6-7 kgau/ hari dan BAB 2-3 kali/ hari warna kuning, lembik.<br>4. Ibu mengatakan bayi mandi 2 kali/ hari<br>5. Ibu mengatakan bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG dan Polio I pada hari Kamis, 15 Maret 2019. di bidan Uluk | 1. Pemeriksaan umum<br>KU: Baik.<br>Jumlah Batang: 130x/ menit<br>Pergerakan: 48x/mnt<br>Suhu: 36,5°C<br>2. Pemeriksaan Antropometri<br>BB: 4.850 gr LP: 33 cm<br>PB: 49cm CUA: 12cm<br>UK: 29 cm<br>3. Pemeriksaan Fisiik<br>warna kulit: kemerahan<br>mata: Berca kuning<br>Abdomen: tidak kembung<br>- Bau perut sudah<br>Upr. | Neoptus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 28 hari | 1. Memberikan Pulsa BCB<br>Ibu<br>2. Munklaskan hasil pemeriksaan<br>3. Memberikan edukasi tentang (imunisasi dasar)<br>4. Motivasi Ibu untuk makan lebih banyak<br>5. Mendorong Ibu untuk rutin membaca buku<br>6. DBCU mandiri |

Mahasiswa Orang Tua Neonatus

Pembimbing

(Awinia Rachma A.....)

(NY.M.....)

(.....)

MTBM KUNJUNGAN IV

FORMULIR BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 18 MAREK 2019  
 Nama Bayi : BCSN A L/P Nama Orang Tua : NY. M. Alamat : Sumbeno 2/5 Kawang.  
 Umur : 28 Hari Berat badan : 4.100 Gram Suhu badan : 36.5 °C  
 Tanyakan : Bayi ibu sakit apa ? Kunjungan pertama ? Kunjungan ulang ?

| Penilaian (lingkarilah semua gejala yang ditemukan).  | Klasifikasi   | Tindakan  |
|---|---|---|
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat Atau Infeksi Bakteri.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya. <u>Tidak</u></li> <li>Ada riwayat kejang. <u>Tidak</u></li> <li>Bayi bergerak jika hanya dirangsang.</li> <li>Hitung napas dalam 1 menit <u>48</u> kali/menit                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ulangi jika <math>\geq 60</math> kali/menit, hingga napas kedua <u>—</u> kali/menit. Napas cepat</li> <li>Napas lambat (<math>\leq 30</math> kali/menit)</li> </ul> </li> <li>Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat. <u>Tidak</u></li> <li>Bayi merintih.</li> <li>Suhu tubuh <math>&gt; 37.5</math> °C <u>Tidak</u></li> <li>Suhu tubuh <math>&lt; 36</math> °C <u>Tidak</u></li> <li>Mata bermanah : Apakah sedikit atau banyak ? <u>Tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut. <u>Tidak</u></li> <li>Pusar kemerahan atau bermanah. <u>Tidak</u></li> <li>Ada pustul dikulit. <u>Tidak</u></li> </ul>   | <p>MUNGKIN<br/>BUKAN INFESI</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alari ibu cara merawat bayi di rumah</li> <li>Kerjakan dasar bayi muda.</li> </ul>   |
| <p>Apakah Bayi Diare ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sudah diare selama <u>—</u> Hari</li> <li>Kedaaan umur bayi :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Letargis atau tidak sadar. <u>⊖</u></li> <li>Gelisah atau rewel. <u>⊖</u></li> </ul> </li> <li>Mata cekung. <u>Tidak</u></li> <li>Cubit kulit perut kembalinya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sangat lambat (<math>&gt; 2</math> detik). <u>⊖</u></li> <li>Lambat. <u>⊖</u></li> </ul> </li> <li>Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna.</li> </ul>  | <p>—</p>  | <p>—</p>  |
| <p><b>Memeriksa Ikterus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (<math>&lt; 24</math> jam) <u>⊖</u></li> <li>Kuning ditemukan pada umur <math>\geq 14</math> jam sampai <math>\leq 14</math> jam. <u>⊖</u></li> <li>Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari. <u>⊖</u></li> <li>Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki <u>⊖</u></li> <li>Tinja berwarna pucat. <u>⊖</u></li> </ul>  | <p>TIDAK ADA<br/>IKTERUS</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kalkulasi Asuhan dasar bayi muda.</li> </ul>   |
| <p><b>Memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah Dan Atau Masalah Pemberian ASI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan ? Ya <u>✓</u> Tidak <u>—</u></li> <li>Berat badan menurut umur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>BB/U <math>&lt; -3</math> SD.</li> <li>BB/U antara <math>-2</math> SD dan <math>-3</math> SD.</li> <li>Tidak ada masalah berat badan rendah atau <math>&gt; -2</math> SD.....</li> </ul> </li> <li>Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u></li> <li>Apakah bayi diberikan ASI?? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam <u>2-10</u> kali</li> <li>Apakah bayi dikasih minum selain ASI ? Ya <u>—</u> Tidak <u>✓</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika YA, berapa kali dalam 24 jam? <u>—</u> kali</li> <li>Alat apa yang digunakan? <u>—</u></li> </ul> </li> <li>Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut. <u>Tidak</u></li> <li>Ada celah bibir / langit-langit. <u>Tidak</u></li> </ul> <p>JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI <math>&lt; 8</math> kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi di rujuk kerumah sakit.</p> <p>Lakukan Penilaian Tentang Cara Menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apa bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir? <u>Ya</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya.</li> </ul> </li> </ul> | <p>BERAT BADAN<br/>TIDAK<br/>RENDAH DAN<br/>TIDAK<br/>MASALAH<br/>PEMBERIAN ASI</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kalkulasi Asuhan dasar bayi muda</li> <li>Pujuklah ibu karena telah merawat dan memberikan ASI kepada bayinya dengan benar.</li> </ul> |



|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>✓ Jika YA, minta ibu untuk memberi tahu jika bayi sudah mau menyusu lagi.<br/>Amati pemberian ASI dengan seksama.<br/>Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lihat apakah bayi menyusu dengan baik. ✓</li> <li>• Lihat apakah posisi bayi benar, seluruh badan bayi tersangga dengan baik-kepala dan tubuh bayi lurus- badan bayi menghadap ke dada ibu - badan bayi dekat dengan ibu. Posisi salah - (Posisi benar).</li> <li>• Lihat apakah perlekatan benar : Dagu bayi menempel payudara - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah membuka keluar - areola bagian tampak lebih banyak. Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - (melekat dengan baik)</li> <li>• Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat- hanya terdengar suara menelan. Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - (mengisap dengan efektif).</li> </ul> |   |   |
| <p>Memeriksa Status Vitamin K1<br/>(beri tanda rumput jika sudah diberikan segera setelah lahir)</p>  | <p>→</p>  | <p>Vitamin K1 diberikan segera setelah lahir. #</p> |
| <p>Memeriksa Status Imunisasi (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)<br/>Hepatitis B - 0 <sup>20/10</sup>/<sub>10</sub> BCG <sup>15/10</sup>/<sub>10</sub> Polio 1 <sup>15/10</sup>/<sub>10</sub>.</p>   | <p>→</p>  | <p>Imunisasi yang diberikan hari ini : -</p>        |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Lain</p>   | <p>-</p>  | <p>-</p>  |
|   | <p>Nasihati ibu kapan kembali segera<br/>Kembali kunjungan ulang : - hari</p> |   |
| <p>Memeriksa Masalah / Keluhan Ibu</p>  | <p>-</p>  | <p>-</p>  |

**CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN  
BAYI BARU LAHIR.**

| JENIS PEMERIKSAAN  | Kunjungan I<br>(6-48jam) | Kunjungan II<br>(hari 3-7)                      | Kunjungan III<br>(hari 8-28) |
|--|--------------------------|---|------------------------------|
|  | Tgl: 20-Feb-2019         | Tgl: 24-Feb-2019                                | Tgl: 07-Mar-2019             |
| Berat badan (gram)   | 3.050 gr                 | 3.200 gr  | 3.760 gr                     |
| Panjang badan (cm)   | 48 cm                    | 48 cm   | 48 cm                        |
| Suhu (°C)  | 36,7 °C                  | 36,7 °C   | 36,6 °C                      |
| Frekuensi nafas (x/menit)  | 54 x/menit               | 58 x/menit                                      | 55 x/menit.                  |
| Frekuensi denyut jantung (x/menit)                                       | 130 x/menit              | 129 x/menit                                     | 135 x/menit.                 |
| Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri         | Tidak Ada.               | Tidak Ada                                       | Tidak Ada                    |
| Memeriksa ikterus  | Tidak Ada                | Ada Pick daerah wajah, leher, dada              | Tidak Ada                    |
| Memeriksa diare  | Tidak Ada.               | Tidak Ada                                       | Tidak Ada                    |
| Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum | Tidak Ada.               | Tidak Ada                                       | Tidak Ada                    |
| Memeriksa status Vit K1  | ✓                        | ✓   | ✓                            |
| Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1                            | ✓                        | ✓   | ✓                            |
| Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skimming Hipotiroid Kongenital (SHK) | -                        | -   | -                            |
| • SHK Ya / Tidak   | -                        | -   | -                            |
| • Hasil tes SHK (-) / (+)  | -                        | -   | -                            |
| • Konfirmasi hasil SHK   | -                        | -   | -                            |
| Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)                                    | Asuhan dasar bayi-muda   | menjaga bayi sering mengukur pulsat 07-00-09-00 | Asuhan dasar bayi muda.      |
| Nama pemeriksa   | Alvina R. A.             | Alvina R. A.                                    | Alvina R. A.                 |

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

CATATAN IMUNISASI PADA ANAK

**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)     | 20/15<br>/02                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| BCG           | 15/03<br>/03                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| *Polio        | 15/03<br>/03                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |       |
| *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

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

## CATATAN PELAYANAN/KUNJUNGAN NEONATUS

### BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

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

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

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

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

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

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

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

#### 5. TANDA BAHAYA PADA BAYI BARU LAHIR:

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

- a. Tidak mau menyusu
- b. Kejang-kejang
- c. Lemah
- d. Sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
- e. Bayi merintih atau menangis terus menerus
- f. Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bemanah
- g. Demam/panas tinggi
- h. Mata bayi bemanah
- 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

**DOKUMENTASI KUNJUNGAN NEONATUS USIA 6 JAM-28 HARI**

**KUNJUNGAN I  
DI PMB**



**KUNJUNGAN II  
DI PMB**



**KUNJUNGAN III  
DI RUMAH NY. M**



**KUNJUNGAN IV  
DIRUMAH NY.M**



**SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS**



**PRAKTEK MANDIRI BIDAN**  
**Lilik Agustina, S.Tr.Keb.**  
**Desa Karangsono, Kecamatan Lawang,**  
**Kabupaten Malang**



---

**SURAT KETERANGAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini Lilik Agustina, S.Tr.,Keb, sebagai pimpinan Praktik Mandiri Bidan (PMB) di Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang, menerangkan bahwa :

Nama : Alvina Rachma Aulia  
NIM : 1602100065  
Tingkat/Semester : III/VI  
Prodi : D-III Kebidanan Malang  
Jurusan : Kebidanan Malang  
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Mahasiswa tersebut diatas telah menyelesaikan studi kasus di PMB Lilik Agustina, S.Tr.Keb dengan judul “Asuhan Kebidanan Neonatus pada By. “A” DI PMB Lilik Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang” yang dilaksanakan pada tanggal 19 Februari - 18 Maret 2019.

Demikian keterangan ini saya buat dengan sebenarnya dan dapat digunakan sebagai mana mestinya.





Malang, 18 Maret 2019  
**Bidan Pembimbing**



(Lilik Agustina, S.Tr.Keb)





**LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : Alvina Rachma Aulia  
 NIM : 1602100065  
 Nama Pembimbing : Wahyu Setyaningsih, SST., M.Kes  
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada By "A" Di PMB Lilik Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang

| HARI/TANGGAL         | SARAN   | TANDA TANGAN PEMBIMBING UTAMA   |
|----------------------|---|---|
| Kamis / 2 Mei 2019   | Perbaiki pada bab 4<br>a. Perbaiki pada data subjektif (riwayat kehamilan, persalinan dan riwayat obstetri)<br>b. Perbaiki pada data objektif (terutama pada pemeriksaan fisik)<br>c. Perbaiki pada intervensi dan implementasi (keuntungan I)<br>d. Perbaiki pada evaluasi |    |
| Senin / 6 Mei 2019   | Perbaiki pada bab 4<br>a. Perbaiki pada bahasa yang digunakan dan kesesuaian antara<br>b. Perbaiki pada intervensi dan implementasi (keuntungan II-IV)<br>Perbaiki pada bab 5<br>a. Sistematika penulisan pembahasan<br>b. Konten dalam pembahasan.                         |  |
| Jum'at / 10 Mei 2019 | Perbaiki pada bab 5<br>Pembahasan belum menambahkan teori yang mendukung dan argumen pengkaji terkait asuhan yang telah dibenarkan  |  |
| Kamis / 16 Mei 2019  | Perbaiki pada bab 5 :<br>Teori yang mendukung ditambahkan   |  |


### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Alvina Rachma Aulia  
NIM : 1602100065  
Nama Pembimbing : Wahyu Setyaningsih. SST., M.Kes  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada By "A" Di PMB Lilik  
Agustina Kecamatan Lawang, Kabupaten Malang


| HARI/TANGGAL         | SARAN   | TANDA TANGAN<br>PEMBIMBING UTAMA  |
|----------------------|---|---|
| Senin / 20 Mei 2019  | Perbaiki pada bab 5<br>Pembahasan bukan hanya terkait hasil pemeriksaan, namun juga kesesuaian penatalaksanaan dengan standar asuhan. |    |
| Rabu / 22 Mei 2019   | Perbaiki pada bab 5<br>Penambahan penguatan adanya kesesuaian / kesenjangan antara teori dan kasus yang ada.                          |   |
| Kamis / 23 Mei 2019  | Perbaiki pada bab 6<br>a. Evaluasi disesuaikan dengan tujuan dan kasus yang ada<br>b. Saran bagi lahan praktik dan subjek asuhan.     |  |
| Jum'at / 24 Mei 2019 | Perbaiki lampiran.<br>ACC utran.<br>Persempit uraian sebaik mungkin!  |  |



**LEMBAR REVISI UJIAN HASIL LTA PENGUJI 1**



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



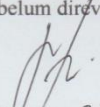
- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746  
 - Kampus I : Jl. Srikeyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613  
 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427947  
 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043  
 - Kampus IV : Jl. KH. Wahid Haryun No. 64B Kediri Telp (0354) 773095  
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 3 Trenggalek Telp (0355) 791293  
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 52A Ponorogo Telp (0352) 461792  
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)

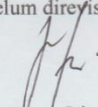
---

**LEMBAR REVISI UJIAN HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN MALANG**  
 TAHUN AKADEMIK 2018 / 2019


Nama / NIM : ALVINA RACHMA AULLA / 1602100065  
 Judul : ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS PADA BY. A DI PMB  
 LUKK AGUSTINA DI KECAMATAN LAWANG, KABUPATEN MALANG

| No. | HLM     | REVISI PENGUJI   |
|-----|---------|--|
| 1.  |         | sementara penulisan kitab buku pedoman   |
| 2.  | sub III | Operasionalisasi   |
| 3.  | sub IV  | penghasilan belum relevan / kurang maksimal, hanya fisik saja, potensial nyiptakan:<br>- identifikasi kebutuhan<br>- implementasi ke proses pada neonatus yang menyempit → kita<br>- evaluasi ke neonatus belum tepat & pada evaluasi pemberi asuhan<br>- kary. literatur / referensi → check.<br>- >> temuan.<br>pembaharuan belum jawab antara |
| 4.  | sub V   | kesimpulan: belum jawab hasil akhir.   |
| 5.  |         | caripinal, surat telah melalukan LTA.<br>dan dokumentasi buku ktb.   |

Malang, 14-6-2019  
 Sebelum direvisi,  
  
 (RITA YULIFAH S.Kp., M.Kes)  
 NIP: 196607271991032003


Malang, 28 Des 2019  
 Sebelum direvisi,  
  
 (RITA YULIFAH S.Kp., M.Kes)  
 NIP: 196607271991032003

**LEMBAR REVISI UJIAN HASIL LTA PENGUJI II**



**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. Srikaya No. 106 Jember Telp (0331) 486613  
 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427947  
 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 44 Blitar Telp (0342) 801043  
 - Kampus IV : Jl. KH Waktad Haryun No. 64B Kediri Telp (0354) 773095  
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293  
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792  
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)




---


**LEMBAR REVISI UJIAN HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN MALANG**  
 TAHUN AKADEMIK 2018 / 2019

Nama / NIM : AWINA RACHMA AULIA / 160210005


Judul : ASUHAN KEBIDANAN NEGATIF PADA Bt. A DI PMB  
LUK AGUSTINA KECAMATAN LAWANG, KABUPATEN MALANG

| No. | HLM | REVISI PENGUJI  |
|-----|-----|---|
|     |     | <p>Lihat awalalah.</p> <hr style="width: 20%; margin: 10px auto;"/> |

Malang, 21 Jun 2019.  
 Sebelum direvisi,  
  
 (ARI KUSMIWATI, SST, M. Keb.)  
 NIP: 198106212005012001


Malang, 28 Mei 2019.  
 Sebelum direvisi,  
  
 (ARI KUSMIWATI, SST, M. Keb.)  
 NIP: 198106212005012001

**LEMBAR REVISI UJIAN HASIL LTA PEMBIMBING**



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

- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65111 Telp (0341) 566075, 571388 Fax: (0341) 556746  
 - Kampus I : Jl. Brakoyo 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. R.H. Wakhid Hasyim No. 54B Kediri Telp (0354) 773095  
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Tumpang Telp (0353) 791293  
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. S2A Ponorogo Telp (0352) 461792  
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : [dirktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:dirktorat@poltekkes-malang.ac.id)




---

**LEMBAR REVISI UJIAN HASIL LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN MALANG**  
 TAHUN AKADEMIK 2018 / 2019

Nama / NIM : ALVINA RACHMA AULIA / 1602100065  
 Judul : ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS PADA B1-A DI PMB  
LILIK AGUSTINA KECAMATAN LAWANG KABUPATEN MALANG


| No. | HLM | REVISI PENGUJI  |
|-----|-----|---|
|     |     | <p>Perbaiki pada bab IV dan V</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tam pengkajian dan implementasi</li> <li>b. fokus masalah</li> <li>c. Pembahasan : Ikterus yang dialami</li> </ol> <p>Penulisan : Uraikan buku pedoman.</p> |

Malang, 17 Juni 2019  
 Sebelum direvisi,



(Wahyu Setyaningsih, SST, M. Kes)  
 NIP: 90.10.2.116

Malang, 28 Mei 2019  
 Sebelum direvisi,



(Wahyu Setyaningsih, SST, M. Kes)  
 NIP: 90.10.2.116