

Lampiran 2

**PERNYATAAN
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama dan gelar : Naimah, S.KM., M.Kes
2. NIP : 19661231 198603 2 005
3. Pangkat dan Golongan : Penata Tk I / III d
4. Jabatan : Lektor
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S-2 Kesehatan Masyarakat
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : Jl. Jembawan XII Blok 3K No. 1 Sawojajar II,
Malang
 - b. Telepon/HP : (0341) 723894 / 081333575790
 - c. Alamat kantor : Jl. Besar Ijen No. 77C Malang
 - d. Telepon kantor : (0341) 551265

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

- Nama : Arindah Ayu Rachmawati
NIM : 1602100016
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. X
di PMB Kartini, S.Tr. Keb

*) Coret yang tidak dipilih

Malang, ~~November~~ 2018



Naimah, S.KM., M.Kes
NIP. 19661231 198603 2 005


Lampiran 3

Jadwal Rencana Asuhan Kebidanan Neonatus

No	Kunjungan	Kegiatan	Tujuan
1	KN 1 (6-48 jam)	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan pengkajian data pada klien2. Melakukan pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik pada neonatus3. Melakukan perawatan tali pusat4. Memastikan neonatus telah diberi salep mata profilaksis5. Memastikan pemberian imunisasi Hb-06. Menganjurkan ibu agar memberikan ASI eksklusif7. KIE tentang perawatan bayi baru lahir dirumah8. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir9. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya	<ol style="list-style-type: none">1. Mendapatkan data yang menunjang penegakan diagnosa atau masalah2. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat3. Mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat4. Mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi5. Agar bayi mendapat kekebalan terhadap penyakit hepatitis B6. Menjamin bayi agar dapat mencukupi kebutuhan nutrisinya7. Menambah pengetahuan ibu tentang perawatan bayi baru lahir dirumah8. Menambah pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir
2	KN 2 (3-7 hari)	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan evaluasi KN 12. Melakukan pemeriksaan umum pada neonatus3. Memberikan penyuluhan tentang perawatan payudara ibu di rumah4. Memotivasi ibu untuk tetap memberikan bayinya ASI eksklusif5. Memotivasi ibu untuk tetap menjaga kehangatan tubuh bayi6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya	<ol style="list-style-type: none">1. Mendeteksi ada atau tidaknya masalah pada neonatus2. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat3. Memperlancar ASI dan ibu dapat menyusui bayinya dengan lancar4. Diharapkan ibu memberi bayinya ASI eksklusif agar kebutuhan nutrisinya terpenuhi dan meningkatkan kekebalan tubuh bayi5. Memastikan agar bayi tetap dalam kondisi hangat

3	KN 3 (8-28 hari)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi hasil KN 2 2. Melakukan pemeriksaan umum pada neonatus 3. Memberikan informasi tentang pertumbuhan dan perkembangan pada neonatus 4. Memotivasi ibu untuk tetap menjaga kehangatan tubuh bayi 5. Memberikan informasi dan memotivasi ibu untuk membawa bayinya untuk melakukan imunisasi BCG dan Polio I 6. Motivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif 7. Evaluasi hasil tindakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat 2. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus 3. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus 4. Menjamin agar bayi tidak mengalami hipotermi 5. Agar bayi mendapatkan imunisasi yang harus didapatkan 6. Diharapkan ibu memberikan ASI eksklusif pada bayinya 7. Mampu memberikan hasil evaluasi tindakan
---	---------------------	--	--

Lampiran 4

	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	
	Website : Http://www.poltekkes-malang.ac.id Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id	

Malang 05 September 2018

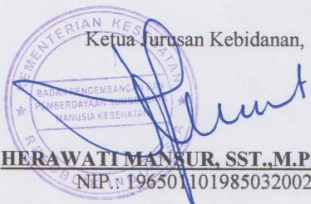
Nomor : PP.04.03/5.0/ 398 /2018
Hal : Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan

Kepada, Yth:
Pimpinan PMB Katini, S.Tr.Keb
Di,-
MALANG

Dengan ini kami sampikan 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 : Arindah Ayu Rachmawati
N I M : 1602100016
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : V
Judul : *Asuhan kebidanan neonatus di PMB Kartini, 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. Arindah Ayu Rachmawati
2. Pertinggal

Lampiran 5

LEMBAR KONSULTASI





Nama Mahasiswa : Arindah Ayu Rachmawati
 NIM : 1602100016
 Nama Pembimbing : Naimah, S.KM, M.Kes
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. X
 di PMB Kartini, S.Tr. Keb

TGL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
23/11/2018	Revisi penulisan Margin BAB I, II, III Revisi penomoran, ukuran huruf, spasi. Revisi bahasa asing dicetak miring.	
30/11/18	Revisi Bab I, II, III Revisi cover diperbesar BAB I dihilangkan definisinya BAB II teori dikaitkan dengan kebutuhan bayi (Manajemen Kebidanan) sertakan sumber BAB III Model asuhan kebidanan ditulis secara narasi, perbaiki kriteria subjek Daftar pustaka diurutkan sesuai abjad.	
13/12/18	Revisi warna cover proposal Revisi penulisan kata pengantar, daftar isi Revisi Lembar Balok, Revisi APGAR score, tambahkan pemenuhan tanda lahir, Perbaiki kriteria hasil pada intervensi. Perbaiki spasi daftar isi.	
17/01/18	Perbaiki penulisan halaman daftar pustaka, daftar isi, tabel dibuat 1 halaman, perbaiki margin bab II, penulisan paragraf, perbaiki kriteria subjek, tahap-tahap pengumpulan data, penulisan lokasi dan waktu penyusunan, serta pada etika dan prosedur tambahkan hak/kepentingan klien (reward)	

TGL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
29/01-19	Revisi Nama Gambar, Revisi Penomoran (menjerok), Revisi diagnosa pada manajemen kebidanan.	
31/01/2019	Acc utras proposal	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Arindah Ayu Rachmawati
 NIM : 1602100016
 Nama Pembimbing : Naimah, S.KM, M.Kes
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. M
 di PMB Kartini, S.Tr. Keb

TGL	SARAN	TANDA TANGAN
		Pembimbing Utama
14/06 19	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi cover - Revisi penulisan tabel - Revisi penulisan daftar pustaka - Perbaiki urutan penulisan intervensi - Perbaiki catatan perkembangan - Perbaiki pembahasan - Cantumkan lampiran-lampiran. 	
19/06 19	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi penulisan pernyataan keaslian tulisan, lembar pengesahan, kata pengantar - Revisi BAB II - Revisi BAB IV (Riwayat Kesehatan Keluarga, Intervensi. - Perbaiki catatan perkembangan - Perbaiki pembahasan. 	
20/06 19	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi lembar pengesahan, - Revisi bab III - Lengkapi lampiran-lampiran. 	
24/06 19	Acc ujian sidang LTA	

Lampiran 6

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS

PENGAJIAN

Tanggal :
Pukul :
Tempat :
Oleh :

DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

a. Biodata Bayi

Nama :
Umur :
Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Anak Ke- :

b. Biodata Orangtua

Nama Ibu/Ayah :
Umur :
Agama :
Suku/Bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :
No. Telepon :

2. Keluhan Utama

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

3. Riiwayat Prenatal, Natal, Post-Natal

a) Riwayat Prenatal :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) Riwayat Natal :
.....
.....
.....

c) Riwayat Post-Natal :
.....
.....
.....

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

5. Kebutuhan Dasar

a) Pola Nutrisi :
.....
.....

b) Pola Eliminasi :
.....
.....

c) Pola Istirahat :
.....
.....

6. Data Psikososial

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

7. Data Sosial Budaya

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

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Kedadaan Umum :

Kesadaran :

Nadi :

Pernapasan :

Suhu :

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan :
Panjang Badan :
Lingkar Kepala :
Lingkar Dada :
LILA :

3. Pemeriksaan Fisik

Kepala :
Muka :
Mata :
Hidung :
Mulut :
Telinga :
Leher :
Dada :
Abdomen :
Punggung :
Genetalia :
Anus :
Ekstremitas :
Refleks :

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH

Dx :
DS :
DO :
Masalah :

IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

.....

IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

.....

INTERVENSI

Dx :

Tujuan :

Kriteria Hasil :

Intervensi:

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

IMPLEMENTASI

.....
.....

EVALUASI

Tanggal :

Subjektif :
.....

Objektif :
.....

Analisa :
.....

Penatalaksanaan :
.....
.....
.....

Lampiran 7

FORMAT LEMBAR OBSERVASI

PENGAJIAN

Tanggal :
Pukul :
Tempat :
Oleh :
Kunjungan Ke :

A. SUBJEKTIF

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

B. OBJEKTIF

4. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum :
Kesadaran :
Nadi :
Pernapasan :
Suhu :

5. Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan :
Panjang Badan :
Lingkar Kepala :
Lingkar Dada :
LILA :

6. Pemeriksaan Fisik

Kepala :
Muka :
Mata :



Lampiran 8

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal :
 Nama bayi : L/P Nama orang tua :
 Alamat :
 Umur : Berat badan : Gram Suhu badan :°C
 Tanyakan : bayi ibu sakit apa? Kunjungan Pertama ?
 Kunjungan ulang ?

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) KLASIFIKASI TINDAKAN/
 PENGOBATAN

<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya • Ada riwayat kejang • Bayi bergerak hanya jika dirangsang • Hitung napas dalam 1 menit ____ kali/menit <ul style="list-style-type: none"> - Ulangi jika ≥ 60 kali / 1 menit, hitung napas kedua ____ kali/menit. Napas cepat. - Napas lambat (< 30 kali/menit) • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Bayi merintih • Suhu badan $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ • Suhu badan $< 35,5^{\circ}\text{C}$ • Mata bernanah : apakah sedikit atau banyak ? • Pusar kemerahan meluas sampai dinding perut • Ada pustul di kulit 		
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya..... Tidak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah diare ____ hari • Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar - Gelisah/rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat 		
<p>MEMERIKSA IKTERUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) • Kuning ditemukan pada umur ≥ 24 jam sampai ≤ 14 hari • Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari • Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki • Tinja berwarna pucat 		

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

Lampiran 9

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Arindah Ayu Rachmawati

NIM : 1602100016

Status : Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang

Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Neonatus Pada Bayi Ny. X di PMB Kartini,
S.Tr.Keb.

Dengan ini mengharap atas kesediaan responden untuk ikut serta membantu dalam penelitian ini. Adapun identitas, dan hasil lembar observasi ibu akan kami jaga kerahasiaannya. Atas kesediaan dan bantuan ibu, penulis ucapkan terima kasih.

Demikian permohonan ini penulis buat, atas perhatian dan kesediaan ibu kami ucapkan terima kasih.

Hormat Penulis,



Arindah Ayu Rachmawati
NIM. 1602100016

Lampiran 10

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : MIAA.....
Umur : 35 th.....
Alamat : Sukodadi 11/3 Wagir.....

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya


Bersedia / tidak bersedia *)

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan

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

Malang, 8 Mei 2019.....

Yang membuat persetujuan,


.....
MIAA

Keterangan :

***) coret yang tidak perlu**

Lampiran 11

BUKU KIA



CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 08-05-19 Pukul : 08.32 WIB
Umur kehamilan : 39 wng 4 hr Minggu
Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain
Cara persalinan : Normal/Tindakan
Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
Lokhia berbau/lain-lain)/
Meninggal*

Keterangan tambahan :

* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 2 (dua)
Berat Lahir : 3600 gram
Panjang Badan : 50 cm
Lingkar Kepala : 32 cm
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*

Kondisi bayi saat lahir**:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Segera menangis | <input type="checkbox"/> Anggota gerak kebiruan |
| <input type="checkbox"/> Menangis beberapa saat | <input type="checkbox"/> Seluruh tubuh biru |
| <input type="checkbox"/> Tidak menangis | <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan |
| <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh tubuh kemerahan | <input type="checkbox"/> 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

KETERANGAN LAHIR

No : 62 / V / 2019

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:
Pada hari ini Rabu, tanggal 08-05-19 Pukul 08.32
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*
Jenis Kelahiran : Tunggal / Kembar 2 / Kembar 3 / Lainnya*
Kelahiran ke : 2
Berat lahir : 3600 gram
Panjang Badan : 50 cm
di Rumah Sakit / Puskesmas / Rumah Bersalin / Polindes / Rumah Bidan / di*
BEM KARTINI
Alamat : Pandan rejo, wagir rt 1 rw 1
Diberi nama :

MAHARDIKA RISQY HARTONO

Dari Orang Tua:
Nama Ibu : Minah Umur : 34 tahun
Pekerjaan : IRT
KTP/NIK No. : 3573046006840004
Nama Ayah : Rudi Hartono Umur : 41 tahun
Pekerjaan : Buruh
KTP/NIK No. : 3573041807780001
Alamat : Suko dadi "13
Kecamatan : wagir
Kab./Kota : Malang

Malang, Tanggal, 08-05-2019

Saksi I

[Signature]

(Rudi Hartono)

Saksi II

[Signature]

(SARAS AN AMTA)



* Lingkari yang sesuai

** Tanda tangan, nama lengkap, nomor induk pegawai, nama instansi

DOKUMENTASI

