

LAMPIRAN

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pasien : Lisna Wahyuni
Umur : 21 tahun
Alamat : Karya Makmur
Kasus Yang Diangkat : Neonatus dengan Ikterus fisiologis

Dengan ini bersedia untuk dijadikan sebagai responden laporan tugas akhir, yang dilakukan oleh :

Nama Mahasiswa : Atiqah Asma Raihanah
Nim : 2115471002
Tingkat/Kelas : III / Reguler 1
Tempat Praktik : PMB Septi Yaningsih, S. Tr., Keb
Judul Kasus LTA : Asuhan Kebidanan Neonatus Dengan Ikterus Fisiologis

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Karya Makmur,

2024

Mengetahui

Pembimbing Lapangan



Septi Yaningsih, S. Tr., Keb
NIP. 198409132017052001

Yang Membuat Pernyataan



Lisna Wahyuni

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Ibu : Lisna Wahyuni

Usia : 21 tahun

Alamat : Karya Makmur

Pekerjaan : IRT

Bersama ini menyatakan ketersediaannya untuk dilakukan Asuhan Kebidanan Neonatus dengan ikterus fisiologis. Persetujuan ini saya berikan setelah mendapatkan penjelasan dari pelaksana asuhan.

Nama : Atiqah Asma Raihanah

Nim : 2115471002

Status : Mahasiswa

Sebagaimana berikut ini:

1. Asuhan kebidanan ini bertujuan untuk memberikan asuhan yang sesuai dengan masalah pada neonatus dengan ikterus fisiologis. Namun demikian sebagaimana dijelaskan terlebih dahulu, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah terduga maupun yang tidak terduga sebelumnya.
2. Telah pula menjelaskan bahwa ibu akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan tindakan pada anaknya dan menghindari kemungkinan resiko agar diperoleh hasil asuhan yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas, sudah saya maklumi dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas dan saya mengerti sehingga saya maklumi arti tindakan atau asuhan kebidanan yang saya terima.
4. Saya dan keluarga mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan kunjungan rumah, melakukan pemeriksaan dan melakukan penyuluhan terhadap saya dan mengizinkan mahasiswa tersebut melakukan pendokumentasian tindakan dalam bentuk foto.

Dengan demikian terjadi kesepakatan diantara saya dan pelaksana asuhan tentang upaya serta tujuan tindakan, untuk mencegah timbul masalah hukum dikemudian hari. Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Karya Makmur,

2024

Pelaksana



Atiqah Asma Raihanah
NIM. 2115471002

Pembuat Pernyataan



METERAL TEMPEL Lisna Wahyuni
E09ALX049465632

Praktik Mandiri Bidan/ Bidan Penanggung Jawab



BPM SEPTI YANINGSIH
Septi Yaningsih / S.Tr., Keb
NIP. 198409132017052001

Lampiran 3
Buku KIA

IDENTITAS

Foto Ibu

	IBU	SUAMI/KELUARGA
NAMA	LISNA W	JONI F
NIK	1603094308990003	1807021302950002
PEMBIAYAAN		
NO. JKN: FASKES TK 1: FASKES RUJUKAN:		
GOL. DARAH		
TEMPAT TANGGAL LAHIR	21 th	26 th
PENDIDIKAN	SMP	SMA
PEKERJAAN	IRT	WIRASWASTA
ALAMAT RUMAH	KM	
TELEPON		
PUSKESMAS DOMISILI: NO. REGISTER KOHORT IBU:		

KETERANGAN LAHIR
No: 006 / PM E / 11 / 2024

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:
Pada hari ini Minggu, tanggal 24 Maret 2024, Pukul 07.30 WIB
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
 Jenis Kelahiran : (Tunggal) Kembar 2/Kembar 3/Lainnya
 Anak ke : Usia gestasi:
 Berat lahir : 3900 gr, Panjang Badan : 49 cm, Lingkar Kepala: 34 cm
 di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di

Alamat : Karya Makmur
 Diberi nama :

Dari Orang Tua:
 Nama Ibu : Lisna Wahyuni Umur : 21 tahun
 NIK : 1603094308990003
 Nama Ayah : Joni Febrioncyah
 NIK : 1807021302950002
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Karya Makmur
 Kecamatan : Labuhan Maringgai
 Kab/Kota : Lampung Timur
 Karya Makmur, Tanggal, 24 Maret 2024

Saksi I : (Atiqah Asma R.)
 Saksi II : (Gahyah Salsabih)
 Penolong persalinan : (Eva Septi Yarningsi) (Dian Delfa) (Siti Nurrohmah)

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0-6 jam	6-48 jam (KN1)	3-7 hari (KN2)	8-28 hari (KN3)
Kondisi: BB: 2900 gr PB: 49 cm LK: 34 cm	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bh/th:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bh/th:	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bh/th:
Inisiasi Menyusui Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bh/th: 24-3-24 Jam: 13.30 WIB	Nomor Batch:	Skriming Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Skriming Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan
Masalah:	Masalah:	Masalah: Bayi tampak kuning pada bagian tubuh mana saja? (pada bagian tubuh:	Masalah: Bayi tampak kuning pada bagian tubuh mana saja? (pada bagian tubuh:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

** Beri tanda strip jika tidak ada masalah/tidak dirujuk

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	2+	
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas													
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch: 27/4/24														
BCG No Batch:														
Polio tetes 1 No Batch:														
DPT-HB-Hib 1 No Batch:														
Polio tetes 2 No Batch:														
DPT-HB-Hib 2 No Batch:														
Polio tetes 3 No Batch:														
DPT-HB-Hib 3 No Batch:														
Polio tetes 4 No Batch:														
Polio suntik (IPV) No Batch:														
Campak - Rubella (MR) No Batch:														
DPT-HB-Hib lanjutan No Batch:														
Campak - Rubella (MR) lanjutan No Batch:														

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

Lampiran 5

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Atiqah Asma Raihanah
 NIM : 2115471002
 Judul : Asuhan Kebidanan Neonatus dengan Ikterus Fisiologis di
 TPMB Septi Yaningsih Karya Makmur Lampung Timur
 Pembimbing I : Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM
 Pembimbing II : Islamiyati, AK., M.KM

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Perbaikan dan Saran	Paraf Pembimbing	
				Pembimbing I	Pembimbing II
1.	Senin, 15 Januari 2024	Pengajuan judul	ACC Judul dan kerjakan BAB 1	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
2.	Senin, 15 Januari 2024	Pengajuan Judul	ACC Judul dan kerjakan BAB 1		 Islamiyati, AK., M.KM
3.	Kamis, 18 Januari 2024	Konsultasi BAB I	Perbaiki isi latar belakang, perhatikan teknik penulisan, tanda baca dan rujukan daftar pustaka	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
4.	Selasa, 6 Februari 2024	Konsultasi BAB II	Perbaiki materi sesuai konsep dan gunakan sumber yang tepat	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	

5.	Senin, 19 Februari 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II	Perbaiki teknik penulisan, tanda baca, daftar pustaka sesuai materi.	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
6.	Selasa, 20 Februari 2024	Konsultasi Proposal BAB I dan BAB II	Perbaiki teknik penulisan, perbaikan penulisan paragraf.		 Islamiyati, AK., M.KM
7.	Kamis, 22 Februari 2024	Tambahkan data dukung	ACC BAB I dan BAB II, siap uji Proposal.		 Islamiyati, AK., M.KM
8.	Kamis, 22 Februari 2024	Konsultasi Proposal BAB I dan BAB II	ACC BAB I dan BAB II, siap uji Proposal.	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
9.	Senin, 1 April 2024	Perbaiki hasil uji proposal	ACC Jilid	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
10.	Senin, 1 April 2024	Perbaiki hasil uji proposal	ACC Jilid		 Islamiyati, AK., M.KM

11.	Rabu, 8 Mei 2024	Konsultasi BAB III	Perbaiki BAB III data fokus, perbaikan evaluasi	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
12.	Rabu, 15 Mei 2024	Konsultasi BAB III, BAB IV, dan BAB V	Perbaiki BAB IV dan BAB V	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
13.	Senin, 20 Mei 2024	Konsultasi BAB III, BAB IV, dan BAB V.	Perbaiki penulisan Daftar Pustaka, Ringkasan sesuai pedoman dan perbaikan BAB IV.		 Islamiyati, AK., M.KM
14.	Jumat, 24 Mei 2024	Konsultasi Abstrak dan BAB V	Perbaiki penyusunan penulisan Abstrak dan BAB V sesuai pedoman LTA.	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
15.	Sabtu, 1 April 2024	Konsultasi BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, dan BAB V.	ACC Siapkan ujian sidang.		 Islamiyati, AK., M.KM

16.	Minggu, 2 April 2024	Konsultasi BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V dan Lampiran.	ACC Siapkan ujian sidang dan PPT.	 Yoga Triwijayanti, S.KM., MKM	
-----	----------------------	--	-----------------------------------	--	--

Metro, 2 APRIL 2024

Ketua Program Studi DIII Kebidanan Metro



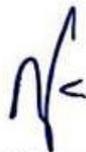
Lampiran 6

**LEMBAR PERBAIKAN
MAHASISWA TINGKAT III PRODI KEBIDANAN METRO
POLTEKKES TANJUNG KARANG**

Nama Mahasiswa : Atiqah Asma Raihanah
Nim : 2115471002
Penguji Anggota/ Moderator : Yoga Tri Wijayanti, SKM., MKM
Ketua Penguji : Elisa Murti Puspitaningrum, S.SiT., M.Kes
Penguji Anggota : Prasetyowati, S.Pd., M.Kes

No	Materi Sebelum Perbaikan	Materi Setelah Perbaikan
1.	Perbaiki Daftar ISI	Daftar ISI telah diperbaiki
2.	Perbaiki Daftar Tabel	Daftar Tabel telah diperbaiki
3.	Perbaiki Daftar Gambar	Daftar Gambar telah diperbaiki
4.	Perbaiki BAB I	BAB I telah diperbaiki
5.	Perbaiki teori BAB II	BAB II telah diperbaiki
6.	Perbaiki BAB III	BAB III telah diperbaiki
7.	Perbaiki BAB IV	BAB IV telah diperbaiki
8.	Perbaiki BAB V	BAB V telah diperbaiki

Penguji Anggota/ Moderator



Yoga Tri Wijayanti, SKM.,MKM
NIP. 198005132002122003

Penguji Anggota



Prasetyowati S.Pd., M.Kes
NIP. 197004041989012001

Ketua Penguji



Elisa Murti Puspitaningrum, S.SiT.,M.Kes
NIP.199004262022032001