

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama ibu : Nila Safitri
Usia : 28 tahun
Alamat : Tani Maju

Dengan ini bersedia untuk dijadikan sebagai responden Laporan Tugas Akhir, yang dilakukan oleh:

Nama Mahasiswa : Yeni Hermayanti
NIM : 2115471024
Tingkat/Kelas : 3/ Reguler 1
Tempat Praktik : TPMB Eka Santi Prabekti, S.Tr., Keb.
Judul Kasus : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Kekurangan Energi Kronik di TPMB Eka Santi Trimurjo Lampung Tengah.

Demikian Pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,
Pembimbing Lahan

Trimurjo, Maret 2024

Yang Membuat Pernyataan



Eka Santi Prabekti, S.Tr., Keb.
NIP. 197510212007012004

Nila Safitri

Lampiran 2 Informed Consent

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah in :

Nama : Nila Safitri
Usia : 28 tahun
Alamat : Tani Maju
Pekerjaan : IRT

Bersama ini menyatakan ketersediaannya untuk dilakukan “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Kekurangan Energi Kronik di TPMB Eka Santi Trimurjo Lampung Tengah”.

Persetujuan ini saya berikan setelah mendapatkan penjelasan dari pelaksana Asuhan :

Nama : Yeni Hermayanti
NIM : 2115471024
Status : Mahasiswa Semester VI Prodi DIII Kebidanan Metro

Sebagaimana berikut ini :

1. Asuhan kebidanan ini bertujuan untuk membantu memberikan asuhan yang sesuai dengan masalah pada ibu.
2. Telah pula menjelaskan bahwa ibu akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan terhadap dirinya dan menghindari kemungkinan resiko agar diperoleh hasil asuhan kebidanan yang optimal.
3. Semua penjelasan diatas, sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas sehingga saya mengerti dan memaklumi arti tindakan atau asuhan yang saya terima.
4. Saya dan keluarga mengizinkan mahasiswa tersebut untuk kunjungan rumah, melakukan pemeriksaan dan melakukan penyuluhan terhadap diri 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 dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pelaksana



Yeni Hermayanti
NIM: 2115471024

Trimurjo, Maret 2024

Met Pengetahuan dan Persetujuan



Nila Safitri

Praktik Mandiri Bidan/Bidan Penanggung Jawab



Eka Santi Prabekti, S.Tr., Keb.
NIP. 197510212007012004

Lampiran 4 Buku KIA

IDENTITAS

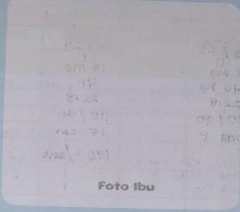


Foto Ibu

	IBU	SUAMI/KELUARGA
NAMA	Ny. Nila Safitri	Tn. Edi Purnomo
NIK		
PEMBIAYAAN		
NO. JKN: FASKES TK 1: FASKES RUJUKAN:		
GOL. DARAH		
TEMPAT TANGGAL LAHIR	Tanggung Angin 12-7-1995	Sido Bangun 15-3-1994
PENDIDIKAN	SMP	SMA
PEKERJAAN	IRT	Wiraswasta
ALAMAT RUMAH	Tani Maju	
TELEPON	0895392294365	
PUSKESMAS DOMISILI:		
NO. REGISTER KOHORT IBU:		

PERNYATAAN IBU/ Keluarga TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan, dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

Ibu Hamil HPHT: BB: TB: IMT:	Trimester I		Trimester II		Trimester III	
	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
6-9-2023	2/11	9 mrg	10/24	18 mrg		
Timbang	40 kg		41			
Ukur Lingkar Lengan Atas	22.8		22.8			
Tekanan Darah	110/70		110/70			
Periksa Tinggi Rahim	Bawah		15 cm			
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin			140 x/mnt			
Status dan Imunisasi Tetanus						
Konseling						
Skrining Dokter						
Tablet Tambah Darah						
Test Lab Hemoglobin (Hb)						
Test Golongan Darah						
Test Lab Protein Urine	pp kst +					
Test Lab Gula Darah						
PPIA						
Tata Laksana Kasus	fe					
Ibu Bersalin TP: 13-6-2024	Fasilitas Kesehatan:		Rujukan:			
Inisiasi Menyusu Dini						
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (28-42 hari)		
Periksa Payudara (ASI)						
Periksa Perdarahan						
Periksa Jalan Lahir						
Vitamin A						
KB Pasca Persalinan						
Konseling						
Tata Laksana Kasus						
Bayi baru lahir/ neonatus 0-28 hari	KN1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)			
	Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak					

Lampiran 5 Dokumentasi Kegiatan
KUNJUNGAN PERTAMA

24 Maret 2024



KUNJUNGAN KEDUA

31 Maret 2024



KUNJUNGAN KETIGA

31 April 2024



KUNJUNGAN KEEMPAT

4 April 2024



PMT	1. Susu Ibu Hamil	400 gr Diminum Perhari 3 Sdt Pagi dan sore Untuk 4 hari	400 gr Diminum Perhari 3 Sdt Pagi dan sore Untuk 4 hari	400 gr Diminum Perhari 3 Sdt Pagi dan sore Untuk 4 hari	400 gr Diminum Perhari 3 Sdt Pagi dan sore Untuk 4 hari	400 gr Diminum Perhari 3 Sdt Pagi dan sore Untuk 4 hari	400 gr Diminum Perhari 3 Sdt Pagi dan sore Untuk 4 hari		400 gr Diminum Perhari 3 Sendok makan 2x sehari				400 gr Diminum Perhari 3 sendok makan 2x sehari				
	2. Biskuit Regal	28 Keping Untuk 4 hari Dimakan 7 keping perhari	28 Keping Untuk 4 hari Dimakan 7 keping perhari	28 Keping Untuk 4 hari Dimakan 7 keping perhari	28 Keping Untuk 4 hari Dimakan 7 keping perhari	28 Keping Untuk 4 hari Dimakan 7 keping perhari	28 Keping Untuk 4 hari Dimakan 7 keping perhari		28 Keping Dimakan 7 keping sehari				28 Keping Dimakan 7 keping perhari				
	3. Biskuit Gandum	30 Keping Untuk 3 hari Dimakan 10 keping perhari	30 Keping Untuk 3 hari Dimakan 10 keping perhari	30 Keping Untuk 3 hari Dimakan 10 keping perhari	30 Keping Untuk 3 hari Dimakan 10 keping perhari	30 Keping Untuk 3 hari Dimakan 10 keping perhari	30 Keping Untuk 3 hari Dimakan 10 keping perhari			30 Keping Dimakan 10 keping sehari				30 Keping Dimakan 10 keping sehari			