

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGKARANG
PRODI DIII KEBIDANAN TANJUNGKARANG
Jl. Soekarno – Hatta No. 1 Hajimena-Bandar Lampung**

IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bdn. Siti Rohmah, S.KM., S.Keb., M.Kes

Alamat : Desa Neglasari, Kec. Katibung, Kab. Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Lenka Vivian Veronica

NIM 2215401088

Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI(Enam)

Telah mengambil Studi kasus Kebidanan di PMB Siti Rohma Perbasya, SKM., S.Keb., M.Kes. Sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada program studi DIII Kebidanan Tanjungkarang Politeknik Kesehatan Tanjungkarang.

Lampung Selatan, 17 Maret 2025

Mengetahui,

PMB Siti Rohma



Bdn. Siti Rohma Perbasya, SKM., S.Keb., M.Kes

Lampiran 2

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG
PRODI DIII KEBIDANAN TANJUNGPINANG
Jl. Soekarno – Hatta No. 1 Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERNYATAAN MENJADI SUBYEK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : *By. ty. B*

Umur : *5 bln*

Alamat : Desa Neglasari, Kec. Katibung, Kab. Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya bersedia di jadikan pasien dalam Laporan Tugas Akhir (LTA) dan asuhan kebidanan yang akan diberikan oleh mahasiswa yang bersangkutan yaitu :


Nama : Lenka Vivia Veronica

NIM : 2215401134

Tingkat/Semester : III (tiga)/VI(enam)

Lampung Selatan ,17 Maret 2025


Mahasiswa


Lenka Vivia Veronica

Klien



Mengetahui


Bdn. Siti Rohma Perbasya, SKM., S.Keb.,

Lampiran 3

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG PRODI DIII
KEBIDANAN TANJUNG PINANG
Jl. Soekarno – Hatta No. 1 Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. M

Umur : 36 th

Alamat : Desa Neglasari, Kcc. Katibung, Kab. Lampung Selatan

Selaku (SUAMI/KELUARGA/KLIEN)* telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tujuan, manfaat dari Penerapan Pijat Bayi Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Bayi.

Lampung Selatan, 17 Maret 2025

Mahasiswa



Lenka Vivia Veronica

Klien



Lampiran 4

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURANG
PRODI DIII KEBIDANAN TANJUNGPURANG
Jl. Soekarno – Hatta No. 1 Hajimena-Bandar Lampung**

INFORMED CHOICE

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : *By. H4. B*

Umur : *5 bln*

Alamat : Desa Neglasari, Kcc. Katibung, Kab. Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan mengenai Penerapan Pijat Bayi Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Bayi.

Lampung Selatan, 17 Maret 2025

Mahasiswa

Lenka Viva Veronica

Klien

.....

Mengetahui
PMB Siti Rohmah


Bdn. Siti Rohma Perbasya, SKM., S.Keb.,



Lampiran 5

SATUAN OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TEKNIK PIJAT BAYI

Pengertian	Terapi pijat bayi adalah terapi yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas tidur pada bayi dengan memberikan pijatan atau sentuhan lembut pada bagian tubuh bayi yang dapat memberikan kenyamanan, kehangatan, dan dapat merileksasikan bayi supaya kualitas tidur bayi meningkat terutama pada saat malam hari.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Memberikan rasa nyaman, rileksasi, dan kehangatan pada bayi.2. Meningkatkan kualitas tidur pada bayi yang mengalami gangguan kesulitan tidur.
Petugas	Mahasiswa
Waktu	Waktu dilakukannya pijat bayi selama 15 - 20 menit dalam 4 hari kunjungan berturut-turut di pagi dan sore hari pada pukul 07.00 dan 15.30 WIB.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none">1. Alas yang datar dan lembut2. Handuk3. Minyak telon atau <i>baby oil</i>
Persiapan Petugas	<ol style="list-style-type: none">1. Mencuci tangan dengan 6 langkah2. Pastikan kuku dalam keadaan pendek3. Melepaskan perhiasan agar tidak menggores kulit anak4. Persiapkan ruang untuk praktik cukup cahaya
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam terapeutik2. Melakukan kontrak waktu kepada orang tuanya3. Memberitahukan tindakan yang akan dilakukan4. Melakukan pemeriksaan fisik, seperti pengukuran suhu, menimbang berat badan, dan mengukur tinggi badan.

	<p>5. Mengatur posisi bayi dalam keadaan nyaman dan berbaring di atas alas yang datar, hangat, dan lembut.</p> <p>6. Menghangatkan tangan dan mengolesi tangan dengan <i>baby oil</i></p>
Prosedur Tindakan	<p>1. Langkah-langkah :</p> <p>Lakukan pemijatan dengan lembut dan bertahap</p> <p>Langkah 1 : Bagian Kepala atau Wajah</p> <p>a. Kepala Bayi (8 X 2)</p> <p>Mengusap bagian kepala bayi ke arah belakang, mulai dari dahi sampai ke puncak kepala.</p> <p>b. Dahi (8 X 2)</p> <p>Letakkan kedua tangan pada pertengahan dahi, usapkan dengan lembut mulai dari tengah ke arah samping kiri dan kanan.</p> <p>c. Alis (8 x 2)</p> <p>Letakkan kedua ibu jari diantara kedua alis, pijat secara lembut mengikuti bentuk alis mulai dari tengah ke arah samping kiri dan kanan.</p> <p>d. Hidung (8 x 2)</p> <p>Letakkan kedua ibu jari pada pangkal hidung, pijat secara lembut melalui tepi hidung ke arah pipi kiri dan kanan.</p> <p>e. Bagian Diatas Mulut (8 x 2)</p> <p>Letakkan kedua ibu jari diatas mulut, tepat dibawah sekat hidung, pijat secara lembut ke arah atas (daerah pipi)</p> <p>f. Bagian Dibawah Mulut (Dagum) (8 x 2)</p> <p>Letakkan kedua ibu jari pada pertengahan dagu, pijat dengan lembut ke arah samping kiri dan kanan.</p> <p>g. Rahang (8 x 2)</p> <p>Letakkan jari telunjuk dibagian rahang bayi, pijat dengan lembut dengan gerakan membuat lingkaran-lingkaran kecil.</p> <p>h. Telinga (8 x 2)</p> <p>Letakkan ibu jari dibagian atas daun telinga, dan jari telunjuk dibagian bawah daun telinga, buat gerakan seolah olah mem-</p>

	<p>bersihkan daun telinga (seperti saat berwudlu).</p> <p>Langkah 2 : Bagian Dada</p> <p>1. Dada (8 X 2)</p> <p>Letakkan kedua telapak tangan pada bagian dada bayi, buat gerakan yg menggambarkan bentuk jantung.</p> <p>2. Perut (8 X 2)</p> <p>Letakkan telapak tangan kanan ibu diperut bawah kanan bayi, pijat membentuk huruf U terbalik, searah dengan jarum jam.</p> <p>3. Tangan (8 X 2)</p> <p>Pegang pangkal lengan bayi dengan kedua tangan, pijat kearah bawah, dengan menggunakan kedua tangan secara bergantian. Pijat telapak tangan & punggung tangan, dari arah pergelangan kearah jari.</p> <p>B. Kaki (8 X 2)</p> <p>Pegang pangkal paha bayi dengan kedua tangan, pijat kearah bawah, dengan menggunakan kedua tangan secara bergantian. Pijat telapak kaki & punggung kaki, dari arah pergelangan kearah jari.</p> <p>Langkah 3 : Bagian Punggung</p> <p>a. Punggung (8 X 2)</p> <p>Tengkurapkan bayi, letakkan kedua telapak tangan dibawah leher bayi, pijat dengan lembut dari arah punggung kearah bokong bayi dengan kedua tangan secara bergantian, kemudian lakukan secara terbalik, dari arah bokong kearah punggung bayi.</p> <p>Langkah 4 : Rileksasi</p> <p>a. Kemudian posisikan bayi seperti semula. Lalu lakukan relaksasi dengan melakukan pengusapan pada seluruh tubuh bayi agar bayi menjadi lebih rileks.</p> <p>b. Memakaikan pakaian bayi dan menyerahkan bayi kepada</p>
--	--

	<p>ibunya.</p> <p>c. Membereskan tempat dan alat yang telah digunakan.</p> <p>d. Mencuci tangan 7 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk bersih.</p>
Kebijakan	<p>1. Lakukan pijat bayi ini 2 kali sehari selama 4 hari kunjungan atau lebih.</p> <p>2. Berikan bayi ASI Eksklusif</p> <p>3. Tetap menjaga kebersihan dan kesehatan bayi.</p>
Evaluasi	<p>1. Melakukan anamnesa kepada ibu adakah perubahan dalam pola dan kualitas tidur bayi setelah dilakukan terapi pijat bayi.</p> <p>2. Tetap melakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui peningkatan setelah dilakukan pijat bayi selama 4 hari kunjungan atau lebih.</p>

Lampiran 6

SKRINING PENGKAJIAN PENURUNAN KUALITAS TIDUR BAYI

(beri tanda √)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1	Apakah bayi selama ini mengalami sulit tidur ?	√	-
2	Apakah bayi tidur malam ≤ 9 jam ?	√	-
3	Apakah bayi tidur malam terbangun ≤ 3 kali ?	√	-
4	Apakah bayi terbangun lamanya ≥ 1 jam pada malam hari ?	√	-
5	Apakah bayi terlihat selalu rewel, menangis dan sulit untuk tidur kembali ?	√	-
6	Apakah bayi tidur siang ≤ 1 jam ?		
6	Apakah sebelum tidur bayi sudah diberi ASI ?	√	-
7	Apakah sebelum tidur popok bayi sudah diganti ?	√	-
8	Apakah bayi terlihat lemas dan menangis saat bangun di pagi hari ?	√	-
9	Apakah bayi pernah dilakukan pijat bayi ?	√	-

Lampiran 7

**LEMBAR OBSERVASI PENINGKATAN
KUALITAS TIDUR BAYI**

Hari / Tanggal	Waktu	Frek. tidur malam/siang	Frek. Terbangun	Lamanya	Rewel	Menangis
Kamis/ 20 Maret 2025	X	± 7 Jam /	5 - 6 \times	± 45	Sering	Sering
	15.30	± 1 Jam	Terbangun	menit	rewel	menangis
Jumat/ 21 Maret 2025	07.00	± 8 Jam /	4 - 5 \times	± 45	Masih	Masih
	15.30	± 1 Jam	Terbangun	menit	rewel	menangis
Sabtu/ 22 Maret 2025	07.00	± 8 Jam /	4 - 5 \times	± 45	Rewel	Masih
	15.30	± 1 Jam	Terbangun	menit	berkurang	menangis
Minggu/ 23 Maret 2025	07.00	± 9 Jam /	3 – 4 \times	± 35	Rewel	Menangis
	15.30	± 2 Jam	Terbangun	Menit	berkurang	berkurang
Senin/ 24 Maret 2025	07.00	± 10 Jam /	2 – 3 \times	± 30	Rewel	Menangis
	15.30	± 3 Jam	Terbangun	Menit	berkurang	berkurang
Selasa/ 25 Maret 2025	07.00	± 11 Jam /	2 – 3 \times	± 30	Rewel	Menangis
	15.30	± 3 Jam	Terbangun	Menit	berkurang	Berkurang
Rabu/ 26 Maret 2025	07.00	± 11 Jam /	2 – 3 \times	± 30	Rewel	Menangis
	15.30	± 3 Jam	Terbangun	Menit	berkurang	Berkurang

Lampiran 8

**KONTROL PENERAPAN PIJAT BAYI TERHADAP
PENINGKATAN KUALITAS TIDUR BAYI** (beri tanda √
jika dilakukan)

Langkah-Langkah		Hari ke- 1	Hari ke- 2	Hari ke- 3	Hari ke- 4	Hari Ke-5	Hari Ke-6	Hari Ke-7
Persiapan Alat	1. Alas yang datar dan lembut 2. Handuk 3. Minyak telon atau <i>baby oil</i>	√	√	√	√	√	√	√
Persiapan Petugas	1. Mencuci tangan dengan 6 langkah 2. Pastikan kuku dalam keadaan pendek 3. Melepaskan perhiasan agar tidak menggores kulit anak 4. Persiapkan ruang untuk praktik cukup cahaya	√	√	√	√	√	√	√
Persiapan Pasien	1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Melakukan kontrak waktu kepada orang tua nya 3. Memberitahukan tindakan yang akan dilakukan 4. Melakukan pemeriksaan fisik, seperti pengukuran suhu, menimbang berat badan, dan mengukur tinggi badan 5. Mengatur posisi bayi dalam keadaan berbaring dan nyaman diatas alas yang datar, hangat dan lembut 6. Menghangatkan tangan dan mengolesi	√	√	√	√	√	√	√

	tangan dengan baby oil							
Prosedur Tindakan	Langkah 1: bagian Kepala dan Wajah							
	a. Kepala bayi (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	b. Dahi (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	c. Alis (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	d. Hidung (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	e. Bagian bawah mulut (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	f. Rahang (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	g. Telinga (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	Langkag 2: bagian Dada							
	a. Dada (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	b. Perut (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	c. Tangan (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	d. Kaki (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	Langkah 3: Punggung							
	a. Punggung (8x2)	√	√	√	√	√	√	√
	Langkah 4: Rileksasi							
	a. Kemudian posisikan bayi seperti semula. Lalu lakukan rileksasi dengan melakukan pengusapan pada seluruh tubuh bayi, agar bayi menjadi lebih rileks	√	√	√	√	√	√	√
	b. Memakaikan pakaian bayi dan menyerahkan bayi kepada ibunya	√	√	√	√	√	√	√
	c. Membereskan tempat dan alat yangtelah digunakan	√	√	√	√	√	√	√
	d. Mencuci tangan dengan 7 langkah dengan sabun dan air mengalir,lalu keringkan dengan handuk bersih	√	√	√	√	√	√	√
Kebijakan	1. Lakukan pijat bayi ini 2 kali sehari selama 7 hari kunjungan atau lebih	√	√	√	√	√	√	√
	2. Berikan bayi ASI							

	<p>Eksklusif</p> <p>3. Tetap menjaga kebersihan dan kesehatan bayi</p>							
Evaluasi	<p>1. Melakukan anamnesa kepada ibu adakan perubahan dalam pola dan kualitas tidur bayi setelah dilakukan terapi pijat bayi</p> <p>2. Tetap melakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui peningkatan setelah dilakukan pijat bayi selama 7 hari kunjungan atau lebih.</p>	√	√	√	√	√	√	√

[illegible]

FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI

I. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Bayi

Nama :
Umur :
Tanggal lahir / pkl :
Jenis kelamin :
Anak ke :

b. Identitas orang tua

IBU

Nama :
Umur :
Agama :
Suku / Bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :
No Telp :

AYAH

Nama :
Umur :
Agama :
Suku / Bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :

2. Anamnesa

Alasan kunjungan :

3. Penilaian penurunan kualitas tidur bayi

4. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat penyakit yang pernah diderita :
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang :
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

5. Riwayat Imunisasi

6. Riwayat Kesehatan Bayi

- a. Pada masa kandungan :
- b. Pada masa persalinan :
- c. Pada masa menyusui :

7. Pengetahuan tanda bahaya pada bayi

8. Pola Kegiatan Sehari-hari

a. Kebutuhan Nutrisi

Makanan yang

diberikan:

Minuman yang

diberikan:

b. Kebutuhan

Eliminasi BAK :

BAB :

c. Kebutuhan Istirahat dan

Tidur Pola istirahat : Keadaan lingkungan :

d. Kebersihan Diri

Mandi :

Ganti pakaian :

e. Pengawasan Kesehatan

f. Faktor lingkungan tempat tinggal

II. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum :

Kesadaran :

Keadaan Emosional :

TTV : N:

S:

R:

Antropometri :

BB:

PB:

LK:

LD:

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala :
- b. Muka :
- c. Mata :
- d. Hidung :
- e. Mulut & Gigi :
- f. Leher :
- g. Punggung :
- h. Dada :
- i. Abdomen :
- j. Genetalia :
- k. Ekstremitas atas :
- l. Ekstremitas bawah:

3. Pemeriksaan Lanjutan

- a. Pemantauan pertumbuhan bayi :
- b. Pemantauan perkembangan bayi :

4. Pemeriksaan Laboratorium :

5. Aspek Psikologis :

III. ANALISA

Diagnosa :

Masalah :

IV. PENATALAKSANAAN

Lampiran 11

DOKUMENTASI



Hari ke-1 Pukul 15.30 WIB



Hari ke-2 Pukul 07.00 WIB



Hari ke-2 Pukul 15.30 WIB



Hari ke-3 Pukul 07.00 WIB



Hari ke-3 Pukul 15.30 WIB



Hari ke-4 Pukul 07.00 WIB



Hari ke-4 Pukul 15.30 WIB



Hari ke-5 Pukul 07.00 WIB



Hari ke-5 Pukul 15.30 WIB



Hari ke-6 Pukul 07.00 WIB



Hari ke-6 Pukul 15.30 WIB



Hari ke-7 Pukul 07.00



Hari ke-7 Pukul 15.30