



Lampiran 2 Jadwal Kegiatan

JADWAL KEGIATAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS

| No | Kunjungan           | Kegiatan  | Tujuan  | Sasaran               | Tempat/<br>waktu                 |
|----|---------------------|---|---|-----------------------|----------------------------------|
| 1  | KN-1 (30 Juni 2017) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan Pengkajian data mengenai identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan keluarga, riwayat obstetric, dan pola kebutuhan.</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan antropometri (BB, PB, LD, LK, dan LL)</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe.</li> <li>4. Melakukan perawatan tali pusat.</li> <li>5. Memastikan pemberian ASI eksklusif /IMD.</li> <li>6. Memastikan neonatus telah diberikan injeksi Vitamin K.</li> <li>7. Memastikan neonatus telah diberikan salep mata profilaksis.</li> <li>8. Pemberian imunisasi Hepatitis B-0.</li> <li>9. Mengajari ibu cara merawat tali pusat.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun hubungan saling percaya antara klien dengan petugas kesehatan.</li> <li>2. Mendeteksi adanya masalah pada neonatus.</li> <li>3. Melakukan tindakan pencegahan infeksi.</li> <li>4. Memastikan agar bayi tetap dalam kondisi hangat.</li> <li>5. Vitamin K bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan.</li> <li>6. Salep mata bertujuan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum.</li> <li>7. Hepatitis B-0 bertujuan mencegah terjadinya hepatitis B.</li> <li>8. Menambah pengetahuan ibu tentang cara perawatan tali pusat.</li> <li>9. Dokumentasi untuk bahan</li> </ol> | Neonatus/<br>Keluarga | /BPM<br>Yulida<br>Ti'ani,<br>SST |

|   |                     |  |   |                       |              |
|---|---------------------|--|---|-----------------------|--------------|
|   |                     | <p>10. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi.</p> <p>11. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya dan dokumentasi.</p> <p>12. Dokumentasi</p>  | <p>pelaporan pelayanan kesehatan.</p>   |                       |              |
| 2 | KN-2 (04 Juli 2017) | <p>1. Melakukan anamnesa terhadap keluhan utama dan pola kebutuhan.</p> <p>2. Melakukan pengukuran berat badan</p> <p>3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe.</p> <p>4. Mengkaji adanya penyakit yang lazim terjadi pada neonatus (mengacu pada MTBM)</p> <p>5. Menganalisa diagnose dan masalah yang terjadi.</p> <p>6. Memberikan konseling pada ibu sesuai dengan masalah.</p> <p>7. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan pada kunjungan sebelumnya.</p> <p>8. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya.</p> <p>9. Dokumentasi.</p> | <p>1. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat.</p> <p>2. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neontus.</p> <p>3. Melakukan pencegahan infeksi pada neonatus.</p> <p>4. Menambah pengetahuan ibu tentang cara perawatan bayi dirumah dan ASI eksklusif.</p> | Neonatus/<br>Keluarga | Rumah<br>Ibu |
| 3 | KN-3 (10            | <p>1. Melakukan anamnesa terhadap keluhan</p>  | <p>1. Memastikan kondisi neonatus baik</p>  | Neonatus/             | Rumah        |

|   |                     |   |   |                       |              |
|---|---------------------|---|---|-----------------------|--------------|
|   | Juli 2017)          | <p>utama dan pola kebutuhan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Melakukan pengukuran berat badan</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe.</li> <li>4. Mengkaji adanya masalah atau penyakit yang lazim terjadi pada neonatus (mengacu pada MTBM)</li> <li>5. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi.</li> <li>6. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan pada kunjungan sebelumnya.</li> <li>7. Memberikan informasi tentang imunisasi dasar dan pentingnya posyandu.</li> <li>8. Motivasi ibu untuk ASI Eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan.</li> <li>9. Evaluasi hasil tindakan dan dokumentasi.</li> </ol> | <p>dan sehat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus.</li> <li>3. Menambah pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar dan pentingnya posyandu.</li> <li>4. Diharapkan ibu melakukan ASI Eksklusif.</li> <li>5. Mampu memberikan hasil evaluasi tindakan.</li> </ol> | Keluarga              | Ibu          |
| 4 | KN-4 (27 Juli 2017) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa terhadap keluhan utama dan pola kebutuhan.</li> <li>2. Melakukan pengukuran berat badan</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan umum</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memastikan kondisi neonatus baik dan sehat.</li> <li>7. Memastikan tidak ada tanda bahaya pada neonatus.</li> <li>8. Menambah pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar dan</li> </ol>  | Neonatus/<br>Keluarga | Rumah<br>Ibu |

|  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
|  |  | <p>(keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengkaji adanya masalah atau penyakit yang lazim terjadi pada neonatus (mengacu pada MTBM)</li> <li>5. Menganalisa diagnosa dan masalah yang terjadi.</li> <li>6. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan pada kunjungan sebelumnya.</li> <li>7. Memberikan informasi tentang imunisasi dasar dan pentingnya posyandu.</li> <li>8. Motivasi ibu untuk ASI Eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan. Evaluasi hasil tindakan dan dokumentasi.</li> </ol> | <p>pentingnya posyandu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Diharapkan ibu melakukan ASI Eksklusif.</li> <li>10. Mampu memberikan hasil evaluasi tindakan.</li> </ol> |  |  |
|--|--|---|---|--|--|

### Lampiran 3 Surat Balasan

Malang, Juni 2017

Kepada :

Yth. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Di,-

#### MALANG

Menindaklanjuti surat saudara dengan Nomor:

PP.04.03/5.0/2181/2017 tentang permohonan pelaksanaan penelitian sebagai salah satu prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, pada prinsipnya saya selaku pemilik bidan praktik mandiri (BPM) Kartini, AMd. Keb di Desa Pandanrejo, Kecamatan Wagir, Kabupaten Malang yang digunakan sebagai tempat studi kasus mahasiswa :

Nama : Yuliya Kartika

NIM : 1302100071

Tingkat/ Semester : III/ VIII

Prodi : D-III Kebidanan Malang

Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. V di BPM Yulida Ti'ani, SST, Desa Langlang, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang.

Telah mengizinkan mahasiswa tersebut diatas untuk melakukan studi kasus di tempat saya.

Demikian surat ini saya sampaikan, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Bidan ,

Yulida Ti'ani, SST

## Lampiran 4 Surat Pernyataan Lahan

### **SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI LAHAN STUDI KASUS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yulida Ti'ani, SST

Lokasi BPM : Desa Langlang, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang

Menyatakan dengan ini ~~BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA~~ \*) untuk dijadikan sebagai tempat studi kasus sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir bagi Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Malang Poltekkes Kemenkes Malang.

Nama : Yuliya Kartika

NIM : 1302100071

Tingkat/Semester : III/VIII

Judul Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Neonatus pada By. Ny. "V" di BPM Yulida Ti'ani.SST, Desa Langlang, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Keterangan:

\*) coret yang tidak perlu

Malang, Juni 2017

Yulida Ti'ani, SST

## **Lampiran 5 Surat Permohonan**

### **SURAT PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Program Studi DIII Kebidanan Malang.

Nama : Yuliyana Kartika

NIM : 1302100071

Bermaksud akan melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Neonatus pada Bayi Ny. “V” Di BPM Yulida Ti’ani, SST Desa Langlang, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang”.

Tujuan studi kasus ini untuk memberikan asuhan pada masa neonatus. Sehubungan dengan hal tersebut, saya meminta kesediaan ibu untuk menjadi responden dengan melakukan kegiatan sesuai prosedur yang ada serta secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapa pun dan identitas yang diberikan akan dirahasiakan. Jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan, saya bertanggung jawab atas hal tersebut, selama hal tersebut berhubungan dengan proses studi kasus.

Atas kesediaan dan bantuan ibu, saya mengucapkan terimakasih.

Malang, Juni 2017  
Hormat saya,

Yuliyana Kartika  
NIM : 1302100071

## **Lampiran 6 Surat Pernyataan Responden**

### **SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Vita Nur Rahma

Umur : 18 tahun

Alamat : Dusun Mojosari RT/RW 03/13, Desa Langlang, Kecamatan  
Singosari, Kabupaten Malang.

Berdasarkan permintaan serta penjelasan peneliti yang sudah disampaikan kepada saya bahwa akan dilakukan penelitian tentang “Asuhan Kebidanan Neonatus Di BPM Yulida Ti’ani, SST, Desa Langlang Kecamatan Singosari Kabupaten Malang”. Saya telah mengerti semua informasi yang telah diberikan dalam penelitian tersebut serta tindakan yang akan dilakukan.

Demi membantu dan berpartisipasi dalam kelancaran penelitian yang akan dilakukan tersebut diatas, saya dengan kesadaran pribadi dan tanpa paksaan dari pihak mana pun bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Malang, Juni 2017  
Responden,

Vita Nur Rahma

## Lampiran 7 Informed Consent

### **SURAT PERSETUJUAN** Perawatan Neonatus

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. Vita Nur Rahma

Umur : 18 tahun

Alamat : Dusun Mojosari RT/RW 03/13, Desa Langlang, Kecamatan  
Singosari, Kabupaten Malang.

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan Perawatan Neonatus yang tujuan, sifat dan perlunya perawatan tersebut serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah dijelaskan dan telah saya mengerti sepenuhnya.

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

Malang, Juni 2017

Yang memberi penjelasan

Yang membuat persetujuan

(Yuliya Kartika)

(Vita Nur Rahma)

## Lampiran 8 Format Penapisan

### FORMAT PENAPISAN NEONATUS FISIOLOGIS

| <b>Kriteria</b>   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|---|-----------|--------------|
| Aterm 37 – 42 mgg.  |           |              |
| Lahir spontan belakang kepala.                                    |           |              |
| Nilai Apgar >7.   |           |              |
| BBL 2500-4000 gram.   |           |              |
| Suhu 36 <sup>0</sup> C – 38 <sup>0</sup> C.                       |           |              |
| Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah. |           |              |
| Dapat berkemih selama 24 jam.                                     |           |              |
| Tinja lembek, hijau tua, tidak ada lendir atau darah pada tinja.  |           |              |
| Cacat bawaan  |           |              |