







LEMBAR KONSULTASI

Nama : RANA LIANA

NIM : 154012016030

Pembimbing 2 : Istikomah, M.Keb.






No	Tanggal	Materi	Paraf
7	01-07-19	- Revisi Pengantunan - Perbaiki tabel	
8	03-07-19	- Perbaiki tabel - Penulisan BAB 2	
9	04-07-19	- Revisi Penulisan BAB IV	
10	05-07-19	- Revisi Penulisan - Daftar Pustaka - Tambahkan lampiran	
11	05-07-19		

LEMBAR KONSULTASI

Nama : RANA LIANA

NIM : 154012016030

Pembimbing : Yossy Wijayanti, S.ST., M.Kes.








No	Tanggal	Materi	Paraf
1.	04-05-2019	Studi Kasus konsul BAB I	
2.	08-05-2019	Revisi BAB I TUJUAN khusus : SUBJEKTIF. OBJEKTIF : assessment.	
3.	09-05-2019	KONSUL BAB II Revisi - Ditambah dini dan lanjut - mekanisme kehilangan panas	
4.			
1. 3.	14-05-2019	Revisi BAB I BAB II	
4.	15-05-2019	Pengecitiran	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : RANA LIANA

NIM : 154012016030

Pembimbing 1 : Yossy Wijayanti, S.ST., M.Kes.

No	Tanggal	Materi	Paraf
5	01-07-2019	- Revisi Pengetikan - BAB 3	
6	04-07-2019	- Latar Belakang - Pembahasan	
7	05-07-2019	- BAB 2 Tambahan Materi	
8	05-07-2019	- Pengetikan	
9	06-07-2019	- BAB III Pengetikan - Tambahan Materi	
10	08-07-2019	- Revisi BAB IV - Pengetikan Dapus	
11	08-07-2019	- Perbaiki Pembahasan - Pengetikan	
12	09-07-2019	-	
13	09-07-2019	- ACC final	



LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing : istikomah, M.Keb

Nama Mahasiswa : Rana Liana

NIM : 154012016030

Prodi : D III Kebidanan

No	Tanggal	Perbaikan/Saran	Paraf
1.	09 Mei 2019	KONSUL BAB I, II, III, IV	
2.	11 Mei 2019	<p>Revisi BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latar Belakang menambahkan SDKI 2017 - Tujuan - Ruang lingkup <p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Judul sesuai dengan fokus - tambahkan neonatus dini dan lanjut - penulisan - Revisi tabel - tambahkan imunisasi <p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Judul - Penambahan foto Pempis <p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penambahan hasil - Ditambah kesenjangan <p>BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tujuan - Manfaat 	


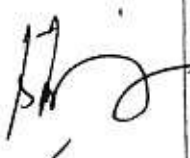


LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing : istikomah, M.Keb

Nama Mahasiswa : Rana Liana

NIM : 154012016030

Prodi : D III Kebidanan




No	Tanggal	Perbaikan/Saran	Paraf
3.	13-Mei-2019	- Revisi judul - BAB I. BAB II. BAB III BAB IV	
4.	14-Mei-2019	- L. belakang diperbaiki	
5.	15-Mei-2019	- perubahan - pengetikan - tambahkan Abstrak - Daftar pustaka - BAB 4 Ara. agar sedang pp disapkan.	 
6.	16-Mei-2019	konsep p.pom. fokus ke perubahan.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : RANA LIANA

NIM : 154012016030

Pembimbing 3 : Cynthia Puspariny, S.ST., M.Kes.

No	Tanggal	Materi	Paraf
1	Kamis 27-06-2019	Latar Belakang Pembahasan	
2	Senin 8-07-2019	Latar Belakang Pembahasan	
3	Belara 9-07-2019	Acc Jilib	



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN(KEPK)
STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG
Jl.KH.Ghalib No.112 Pringsewu Lampung Telp: (0729) 22537
Email : kepk.stikesmpl@gmail.com

PERSETUJUAN KOMISI ETIK TENTANG PELAKSANAAN PENELITIAN
BIDANG KESEHATAN
Nomor: 061/KEPK/STIKesMPL/05/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, ketua Komite etik Penelitian Kesehatan STIKes Muhammadiyah Pringsewu, setelah dilaksanakan pemeriksaan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

**“ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR BAYI NY X
DI PMB ISNIWATI, S.ST”**

Yang menggunakan manusia sebagai subyek penelitian dengan peneliti utama :

Nama : RANA LIANA

NIM : 154012016030

Asal Institusi : STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU

Dapat disetujui pelaksanaannya selama tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian.

Pringsewu, 17 Mei 2019
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
STIKes Muhammadiyah Pringsewu
Ketua,



Nur Fadhilah M.Kes
Nur Fadhilah M.Kes
NBM: 927 023

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
PRINGSEWU LAMPUNG
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Jl. Makam KH. Ghalib No.112 Pringsewu Telp/Fax : 0729-22537 Pringsewu K.Post. 35373

PERSETUJUAN PEMERIKSAAN BAYI BARU LAHIR
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rodiah Umur : 31 Th

Alamat : SRIKATON

Adalah bertindak sebagai diri saya Orang Tua/Suami/Keluarga dari Pasien :

Nama : Rodiah Umur :Th

Alamat : Srikaton

Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan PEMERIKSAAN BAYI BARU LAHIR dan segala resiko yang terjadi, maka kami menyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir dengan tindakan :

Pemeriksaan Fisik, Memandikan Bayi serta memberikan Imunisasi Pada Bayi Baru Lahir.

Pernyataan ini kami buat dengan penuh kesadaran atas resiko tindakan medis yang akan diberikan. Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan tindakan tersebut maka kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku.

Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pringsewu, 24 APRIL - 2019

Pukul : 13.00 WIB

Suami/Wali

Rodiah
NY. Rodiah

Pasien

Rodiah
BANI NY. RODIAH

Yang memberi penjelasan,

Dosen Penguji

Mahasiswa

Pana Irena

M U H A M M A D I Y A H
S E K O L A H T I N G G I I L M U K E S E H A T A N

Nomor Registrasi Ibu :
Nomor Urut di Kohort Ibu :
Tanggal menerima buku KIA :
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Rodiah
Tempat/Tgl. Lahir : 29-4-1988
Kehamilan ke : 2 Anak terakhir umur: 10 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah :
Pekerjaan : RT
No. JKN : -

Nama Suami : Miswanto
Tempat/Tgl. Lahir : 1983 :
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah :
Pekerjaan : Tani

Alamat Rumah : RT 16x 100
Kecamatan : Adiluwih
Kabupaten/Kota : Pringsewa
No. Telp. yang bisa dihubungi : 081366730647

Nama Anak :
Tempat/Tgl. Lahir : L/P*
Anak Ke :
No. Akte Kelahiran: dari anak

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 2 Jumlah persalinan 1 Jumlah keguguran 0 G Z P A 0
 Jumlah anak hidup 1 Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi TT terakhir 10 TT4 [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir Rudiyanti
 Cara persalinan terakhir** : Spontan/Normal Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+		SOL BB. Ibu		Ji	
(-)/+		Uspereu, juga		Ji	
-/+	POHB Gokdar HB - 11,5	LC 7C	Rajin kontrak	lingk KORPORASI TERPADU PRINGSEWU LAMPUNG	
-/+					
(-)/+		70g Kegon 3x1 Solutrol 1x1	- Ura - 6/10	f	4/10
-/+		Fe. lealhisa		nutri Aer KORPORASI TERPADU PRINGSEWU LAMPUNG	
(-)/+		Re (x) Kalki 2x1		2 minggu KORPORASI TERPADU PRINGSEWU LAMPUNG	
(-)/+		K/Hufaboz LC	katam Bix, d... ..		9mg
-/+		FE LC		Caras Ibu	
-/+		FC LC 1 B1		lulas Ibu	
0/+	Hb = 12.1 g/dl Gokdar = 0 Ph (+)	Fe, LC, Di		R f	

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 7-18
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 4-19
 Lingkar Lengan Atas: 22.5 cm; KEK (✓), Non KEK () Tinggi Badan: 152 cm
 Golongan Darah: B Rh (+)
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Suntik
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: Tidak ada
 Riwayat Alergi: Tidak ada

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
1/10/18		110/70	40	10	2jrt sim	ball +	
8/11/18	mual	120/80	41	12	3jrt sim	ball	
22/11/18	Pring sekalah badan mual	110/70	40	16	3jrt st	ball	(7)
29/11/18	batuk pilek	90/70	41	17	1/2 pring gale	ball +	
22/12/18		110/60	41	20	2jrt b/pring	ball +	142
10/1/2019	tak	100/70	46	24	Sepusat	ball +	152
22/2/2019		100/70	44	26-27	200cr	ball +	140x/m
22/3/19		110/60	45	28	21	v-pri	139
08/04/19		110/60	45	32	26	v-pri	136
			44	34-35	27	v	148

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+***
Vaksin													
HB-0 (0-7 hari)	19/09												
BCG													
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

Tanggal Pemberian Imunisasi

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap