

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 Permohonan Ijin Penelitian LTA



**UNAIC**  
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS  
ILMU KESEHATAN

Jl. Cerme No.24 Cilacap 53223  
Telp. (0282) 532975  
humas@universitasalirsyad.ac.id  
www.universitasalirsyad.ac.id

Nomor : 1782 / 234 / 03.3.1.2  
Lampiran : -  
Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Cilacap, 14 Juni 2024

Kepada Yth.  
**Direktur RSI Fatimah Cilacap**  
di -

**Tempat**

**Assalaamu'alaikum Wr.Wb.**

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Penelitian Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap Tahun Akademik 2023/2024, yaitu :

Nama : **ABDILA AMALIA KARTIKA PUTRI**  
NIM : 206121021  
Judul : "Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. X Usia X Tahun PX AX dengan Bendungan ASI di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap"

Maka dengan ini kami mohon ijin agar mahasiswa tersebut dapat melaksanakan penelitian di **RSI Fatimah Cilacap**.

Demikian permohonan dari kami, atas perhatian serta kerjasama yang baik, kami sampaikan terima kasih.


**Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.**

Dekan  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
  
**Sohimah, S.ST., Bdn., M.Keb.**  
NP.10310 03 469

## Lampiran 2 Surat Balasan Penelitian LTA

☎ 0282 - 542396  
📠 0282 - 541065  
✉ rsifc@yahoo.co.id

**YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP**  
**RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP**  
Jl. Ir. H. Juanda No. 20 Cilacap, Jawa Tengah 53235



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No : 1812-02/RSIFC/VII/2024  
Lamp : -  
Hal : Balasan Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth. :  
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Al Irsyad Cilacap  
Jl. Cerme No. 24 Cilacap  
di -  
Tempat

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh*

Dengan ini kami mengucapkan terima kasih atas kerja sama yang terjalin baik selama ini.


Kami beritahukan bahwa Surat Saudara dengan Nomor : 1782/234/03.3.1.2 tanggal 14 Juni 2024 sesuai perihal di atas dengan judul "Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. X Usia X Tahun PXAX dengan Bendungan Asi di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap" yang Saudara kirim, sudah kami terima. Pada prinsipnya kami menyetujui permohonan tersebut.

Mengenai teknis dan hal - hal lainnya kami persilakan Saudara berkoordinasi dengan Bagian Sumber Daya Insani dan Dakwah melalui Urusan Diklat dan Pengembangan Sdr. Caesar Arianto (085726116335).

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.


*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.*


Cilacap, 27 Dzulhijjah 1445 H  
04 Juli 2024 M  
Direktur Utama


  
(dr. H. Nono Rasino, Sp. OG(K) FER)

Tembusan disampaikan kepada Yth :

4. Kepala Bidang Keperawatan
5. Kepala Instalasi Rekam Medik
6. Arsip

 [www.rsifatimah.com](http://www.rsifatimah.com)

 [rsifatimah\\_cilacap](https://www.instagram.com/rsifatimah_cilacap)

 Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap

Lampiran 3

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth, Calon Klien

Di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Universitas Al- Irsyad Cilacap Program Studi Diploma III Kebidanan:

Nama : Abdila Amalia Kartika Putri

NIM : 206121021

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Ny.x Usia x Tahun PxAx dengan Bendungan ASI di Ruang Poli Obgyn Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap Tahun 2024”**. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana asuhan kebidanan dalam kasus Nifas.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi siapapun. Kerahasiaan seluruh informasi yang didapatkan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Tidak ada paksaan dalam keikutsertaan menjadi responden penelitian. Untuk itu saya mohon kesediaan ibu sebagai responden dalam penelitian ini,jika ibu bersedia menjadi responden saya mohon ibu menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan pada lembar identitas responden yang telah disediakan, serta menjawab pertanyaan berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti. Atas perhatian dan partisipasi ibu, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Abdila Amalia Kartika Putri

#### Lampiran 4

### **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah mendapat penjelasan dan saya memahami bahwa penelitian yang berjudul “Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Ny.A Usia 24 Tahun P1A0 dengan Bendungan ASI di Ruang Poli Obgyn Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap Tahun 2024”. Ini tidak merugikan saya dan telah dijelaskan secara jelas tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, cara pengisian format pertanyaan dan kerahasiaan data. Oleh karena itu, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Afifah Nur Mulyana

Usia : 24 Tahun

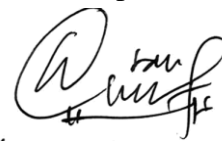
Alamat : Jl. Ganggeng Timur RT 05 RW 09 Mertasinga

Menyatakan bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Abdila Amalia K.P, Mahasiswa Program Studi D III Kebidanan Universitas Al- Irsyad Cilacap.

Demikian lembar persetujuan ini saya isi dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap, 24 Juni 2024

Responden



( Afifah Nur Mulyana )

Lampiran 5

**FORMAT MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS**

Tanggal Masuk : Tgl pengkajian :  
 Jam Masuk : Pengkaji : Jam Pengkajian  
 :  
 Tempat :

**I. PENGKAJIAN**

**A. DATA SUBJEKTIF**

**1. Biodata:**

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

**2. Keluhan Utama / Alasan Masuk :**

**3. Riwayat Menstruasi :**

Menarche :	th.
Siklus :	hari, teratur / tidak,
Lama :	hari
Banyak : ±	x ganti pembalut / hari
dismenorea : ada / tidak	

**4. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu**

Anak Ke -	Tgl Lahir/ Umur	UK	Jenis Pers ali nan	Temp at Persa linan	Pen ol on g	Komplikas i		Ba yi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB /BB /JK	Kea d aa n	Kea d aa n	Lak tas i

**5. Riwayat persalinan**

Tanggal / Jam persalinan tempat persalinan

Penolong persalinan :  
 jenis persalinan :  
 komplikasi persalinan :  
 Keadaan placenta :  
 tali pusat :  
 lama persalinan : Kala I: Kala II : KalaIII: Kala  
 IV :  
 Jumlah perdarahan: Kala I : kala II : Kala III : Kala  
 IV :  
 Selama operasi :

### **Bayi**

BB : PB : Nilai Apgar :  
 Cacat bawaan :  
 Masa Gestasi : Mg

### **Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami**

Jantung :  
 Hipertensi :  
 Diabetes Melitus :  
 Malaria :  
 Ginjal :  
 Asma :  
 Hepatitis :  
 Riwayat operasi abdomen / SC :

### **Riwayat Penyakit Keluarga :**

Hipertensi :  
 Diabetes Melitus :  
 Asma :  
 Lain-lain :

### **Riwayat KB :**

### **Riwayat Sosial Ekonomi :**

Status Perkawinan :  
 Kawin : Kali Lama nikah : tahun,menikah  
 pertama pd umur

Respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran :  
 Pengambilan keputusan dalam keluarga :  
 Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan,  
 persalinan dan nifas :  
 Adaptasi psikososial selama masa nifas :

### **ACTIVITY DAILY LIVING (SETELAH NIFAS)**

- a. Pola makan & minum :  
 Frekuensi : x sehari  
 Jenis :

- Porsi :  
 Minum : gelas/hr, jenis Keluhan / pantangan :  
 :
- b. Pola istirahat :  
 Tidur siang : jam, tidur malam : jam  
 Keluhan : :
- c. Pola eliminasi :  
 BAK : x /hari, konsistensi: ,warna :  
 BAB : x /hari, konsistensi: ,warna :  
 Personal Hygiene :  
 Mandi :  
 dalam : sehari x sehari Ganti pakaian dan pakaian
- d. Mobilisasi :  
 e. Aktivitas  
 Pekerjaan sehari-hari :  
 Keluhan : :
- f. Menyusui :  
 Keluhan : :
- g. Hubungan seksual : x/mgg  
 h. Kebiasaan hidup Merokok :  
 Minum-minuman keras :  
 Obat terlarang :  
 Minum jamu :

## **B. DATA OBJEKTIF**

### **1. Pemeriksaan umum**

- ❖ Keadaan umum : kesadaran :
- ❖ Tanda-tanda vital  
 Tekanan darah : mmHg  
 Nadi : x/mnt  
 Suhu : C  
 Respirasi : x/mnt
- ❖ Pengukuran tinggi badan dan berat badan Berat badan : kg  
 Tinggi badan : cm



## 2. Pemeriksaan fisik

### ❖ Inspeksi

- Postur tubuh
- kepala Rambut

Muka	:	cloasma:	oedema :
Mata	:	Konjungtiva:	Sclera : polip :
Hidung :			
Gigi dan mulut :			

### ❖ leher

Pemeriksaan kelenjar tyroid :

### ❖ Payudara

Bentuk simetris :  
Keadaan puting susu :  
Areola mammae :  
Colostrum :

### ❖ Abdomen

Bekas luka / operasi :

### ❖ Genitalia

Varises :  
Edema :  
Pembesaran kelenjar bartolini :  
Pengeluaran pervaginam :  
luka/jahitan perineum :  
Anus :

Lochea : Bau : Bekas

### ❖ Tangan dan kaki

Simetris /tidak :  
Edema pada tungkai bawah :  
Pergerakan :  
Kemerahan pada tungkai :

Varises :

### Palpasi

Abdomen :  
TFU :  
Kontraksi uterus :  
Kandung kemih :

### **Pemeriksaan penunjang**

Tanggal :

Pemeriksaan :

Hasilnya :

#### **I. INTERPRETASI DATA**

- a. Diagnosa Kebidanan :
- b. Dasar :
- c. Masalah :

#### **II. DIAGNOSA POTENSIAL DAN ANTISIPASI**

#### **III. TINDAKAN SEGERA**

#### **IV. RENCANA TINDAKAN**

#### **V. PELAKSANAAN**

#### **VI. EVALUASI**

### **PENDOKUMENTASIAN SOAP**

**S (SUBJEKTIF) :**

**O (OBJEKTIF) :**

**A (ASSESSMENT) :**





**P (PLANNING) :**

## Lampiran 6 Kegiatan Bimbingan I


KEGIATAN BIMBINGAN		
JUDUL	: <i>Pendungan ASI</i>	
PENYUSUN	: Abdila Amalia Kartika Putri	
NIM	: 206121021	
Tanggal Bimbingan	Kegiatan / Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
18 / 7 2024	Konsultasi terkait bab IV dan bab V - Sistematika penulisan beresetak miring - Diagnosa kebidanan	<i>[Signature]</i>
21 / 7 2024	Konsultasi terkait bab IV dan bab V - Alasan masuk - Diagnosa potensial dan antisipasi - Riwayat persalinan	<i>[Signature]</i>
29 / 7 2024	act ujian hasil LTA	<i>[Signature]</i>

Dosen Pembimbing I  
*[Signature]*  
Dhiah Dwi Kusumawati, S.ST., M.P.H.

## Lampiran 7 Kegiatan Bimbingan II

KEGIATAN BIMBINGAN		
JUDUL	:	
PENYUSUN	:	Abdila Amalia Kartika Putri
NIM	:	206121021
Tanggal Bimbingan	Kegiatan / Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
13/4	Perbaiki dan lengkapi pengkajian di BAB IV	
17/4	Penulisan sistematika di sesuaikan dengan buku panduan	
24/4	Lengkapi tabel dengan nomor dan detail di lampiran tabel.	
4/8	ACC. ujian hasil LTA	

Dosen Pembimbing II

  
Choirur Rizqiya, S.Keb.