

POA (Planning Of Action)

No	Rencana kunjungan	Sasaran	Rencana	Tujuan	Alat dan Media	Tempat
1	Kunjungan I TM III	Ibu dengan kehamilan >36 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan perkenalan dengan klien dan keluarga klien 2. Bina hubungan saling percaya 3. Berikan penjelasan sebelum persetujuan kepada ibu 4. Lakukan <i>Inform consent</i> 5. Melakukan kontrak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk proses perkenalan kepada klien dan memudahkan nanti dalam berkomunikasi 2. Untuk mendapatkan kepercayaan Klien agar klien bersedia berpartisipasi 3. Untuk mendapatkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar PSP 2. Lembar <i>Infomed Consent</i> 3. Note Book 4. Stetoskop 5. Tensimeter 6. <i>Microtoice</i> 7. Senter 8. Termometer 9. Metlin 	PMB Kartini

			<p>waktu untuk melakukan pengkajian</p> <p>6. Jadwalkan Kunjungan Ulang</p>	<p>persetujuan menjadi partisipan</p> <p>4. Untuk menggali informasi tentang keadaan ibu, kehamilan ibu, kebiasaan ibu dan adat istiadat yang berlaku di keluarga ibu</p> <p>5. Untuk mempermudah dalam pelaksanaan pemberian asuhan</p> <p>6. Untuk mengetahui keadaan lebih lanjut ibu hamil</p>	<p>10. Doppler + Gel</p> <p>11. Jam tangan</p> <p>12. Buku KIA</p>	
--	--	--	---	--	--	--

2	1 minggu setelah pertemuan pertama	Ibu dengan kehamilan >36 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian pada ibu (Anamnesa) 2. Berikan pelayanan 10 T <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan b. Pemeriksaan tekanan darah c. Pemeriksaan TFU d. Skrining status imunisasi TT dan pemberian imunisasi TT e. Pemberian FE f. Tetapkan status gizi g. Tes Laboratorium h. Tentukan presentasi dan DJJ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal dan untuk mendeteksi apakah ibu mempunyai kelainan, tanda tanda bahaya kehamilan, TM III, DM, Anemia atau bahkan HIV 2. Untuk menambah pengetahuan ibu dan apabila ibu mengalami keluhan ibu dapat menanganinya sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemfis Ibu : (Timbangan, Metlin, Termometer, Stetorskop, Tensimeter, Senter, doppler + gel, Jam) 2. Perawatan Payudara (Baby Oil, Handuk 2, Kapas, baskom 2, Sruit 10 cc, washlap. Leaflet Perawatan 	PMB Kartini atau Rumah Pasien
---	------------------------------------	---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> i. Tata laksana khusus j. Temu wicara 3. Anamnesa keluhan yang dialami ibu 4. Lakukan pemeriksaan <ul style="list-style-type: none"> a. Umum (BB, KU,TD, suhu, nadi, RR) b. Fisik (pemeriksaan Leopold 1 – IV,TFU mc Donald, DJJ) 5. Berikan edukasi mengenai keluhan utama ibu dan memberikan edukasi sesuai rencana asuhan 6. Berikan Edukasi 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan Klien dan aktifitas apa yang dilakukan sehari – hari 4. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal 5. Untuk mengetahui cara menghindari dan mengobati keluhan yang dirasakan ibu 6. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan 	<ul style="list-style-type: none"> Payudara) 3. Senam Hamil (Matras, Bantal) 4. Buku KIA 5. Jam 6. Leaflet Perencanaan Persalinan dan pencegahan komplikasi 	
--	--	--	---	--	--	--

			<p>Ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu</p> <p>7. Ajarkan Senam Hamil</p> <p>8. Ajarkan perawatan Payudara</p> <p>9. Diskusikan tentang Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)</p> <p>10. Jadwalkan Kunjungan Ulang</p>	<p>yang dialami</p> <p>7. Untuk melemaskan otot – otot dinding perut, memperbaiki letak janin</p> <p>8. Untuk mengetahui cara melakukan perawatan payudara</p> <p>9. Untuk persiapan persalihan dan pencegahan komplikasi pada persalihan</p> <p>10. Untuk mengetahui keadaan lebih lanjut ibu hamil</p>		
--	--	--	--	--	--	--

4	1 minggu setelah Kunjungan Pertama	Ibu dengan kehamilan >36 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya 2. Melakukan anamnesa keluhan utama ibu 3. Melakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Umum (BB, keadaan umum, TD, suhu, nadi, pernafasan) b. Fisik (palpasi abdomen dengan menggunakan manuver leopold I-IV, memantau tumbuh kembang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya 2. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan dan aktivitas apa yang dilakukan sehari-hari 3. Untuk mengetahui : <ol style="list-style-type: none"> a. Apakah tanda-tanda vital dalam batas normal b. Untuk mengetahui besar kehamilan ibu 		PMB Kartini atau Rumah Pasien
---	------------------------------------	---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

			<p>janin dengan mengukur tinggi fundus uteri, melakukan auskultasi denyut jantung janin)</p> <p>4. Berikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan</p> <p>5. Berikan edukan mengenai persiapan persalinan</p> <p>6. Berikan dukungan keluarga untuk persiapan persalinan</p> <p>7. Berikan dukungan kepada ibu untuk persiapan persalinan</p>	<p>sesuai dengan usia kehamilan, untuk mengetahui letak bayi, untuk mengetahui keadaan bayi normal atau tidak dan mengukur DJJ dalam batas normal</p> <p>4. Untuk mengetahui keadaan normal atau tidak dan mengukur DJJ dalam batas normal</p> <p>5. Untuk mengetahui</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>apa saja perlengkapan yang perlu disiapkan pada menjelang persalinan</p> <p>6. Mempersiapkan keluarga dalam menghadapi persalinan</p> <p>7. Mempersiapkan ibu dalam menghadapi persalinan serta memberikan kenyamanan terhadap kondisi psikologis</p>		
5	Persalinan dan BBL	Ibu dengan usia	Ibu 1. Pemantauan	1. Untuk mendeteksi pola his, pola DJJ,	1. Lembar penapisan	PMB Kartini

		<p>kehamilan aterm</p>	<p>kemajuan persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 60 langkah APN 3. Observasi 2 jam <i>Post partum</i> 	<p>agar terhindar dari tanda tanda bahaya persalinan,</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan persalinaan sesuai dengan standart, kemudian mengajarkan bayi mencari dan menghisap asi ibu dengan sendirinya dalam satu jam pertama (IMD), dan pemberian Vit K dan Hb 0 3. Untuk mengidentifikasi dengan segera 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Lembar observasi 3. Lembar partograf 4. Buku KIA 5. Ibu bersalin (Partus set, Hecting set,) 6. Perawatan BBL (Lampu sorot, Handuk, pakaian Bayi, Minyak telon, Metlin, Termometer, penlight, Vit K, Hb 0 7. Tensimeter 8. Stetoskop 	
--	--	----------------------------	---	--	--	--

				komplikasi <i>Postpartum</i>	9. Doppler + Gel 10. Jam 11. Termometer 12. Larutan Klorin 13. Timbangan Bayi	
6	Kunjungan ibu nifas (KF 1)	Ibu nifas 6 jam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan umum dan fisik nifas 2. Cegah perdarahan masa nifas dikarenakan atonia uteri dengan mengajarkan ibu dan keluarga masase uterus 3. Ajarkan cara mengurangi ketidaknyamanan 4. Edukasi tentang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengidentifikasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Keadaan ibu b. Masalah atau Komplikasi pada ibu 2. Untuk memantau agar uterus berkontraksi dengan baik dan mencegah perdarahan karena atonia uteri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter 2. Termometer 3. Jam 4. Buku KIA 5. Leaflet senam nifas 	PMB Kartini

			<p>makanan tinggi protein</p> <p>5. Edukasi tentang pemberian ASI</p> <p>6. Ajarkan mobilisasi dini</p> <p>7. Jelaskan tanda bahaya masa nifas</p> <p>8. Ajarkan cara menyusui yang benar menggunakan leaflet cara menyusui yang benar</p> <p>9. Ajarkan ibu senam nifas dengan leaflet senam nifas</p> <p>10. Beritahu ibu jadwal kunjungan selanjutnya</p>	<p>3. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami</p> <p>4. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi ibu dan menghindari tarak makan</p> <p>5. Ibu mengetahui pentingnya pemberian ASI awal pada bayinya</p> <p>6. Untuk mempercepat pemulihan masa nifas</p> <p>7. Ibu mengetahui tanda bahaya masa nifas dan dapat</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>segera dilakukan tidak apabila ibu mengalami tanda bahaya masa nifas</p> <p>8. Ibu dapat menyusui bayinya dengan benar sehingga nutrisi bayi terpenuhi</p> <p>9. Membantu pemulihan organ- organ kandungan dan otot-otot</p> <p>10. Mendeteksi secara dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan yang rutin</p>		
--	--	--	--	---	--	--

7	Kunjungan neonatus (KN 1)	Bayi usia 6-48 jam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi rumah ibu 2. Pastikan suhu bayi normal 3. Pastikan bayi sudah BAK dan BAB 4. Periksa adanya tanda infeksi pada tali pusat 5. Beri Edukasi perawatan BBL 6. Periksa warna kulit bayi (tanda ikterus) 7. Lihat pola asuh dikeluarga ibu 8. Pastikan pemberian ASI sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk apakah lingkungan dapat mempengaruhi keadaan bayi 2. untuk menghindari bayi mengalami hipotermi 3. untuk mendeteksi apakah bayi mengalami kelainan 4. mendeteksi secara dini tanda- tanda infeksi pada bayi 5. Bayi mendapatkan perawatan yang dibutuhkan 6. untuk mendeteksi apakah bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Termometer 4. Metlin 5. Jam 7. Perawatan Tali Pusat (Kasa, Betadine) 7. Buku KIA 8. Leaflet senam nifas 9. Format MTBM 	Rumah Pasien
---	---------------------------	--------------------	--	---	---	--------------

			bayi	<p>mengalami ikterus</p> <p>7. Untuk mengetahui kebiasaan keluarga dalam mengasuh bayi</p> <p>8. untuk memastikan bayi mendapatkan kebutuhan nutrisi</p>		
8	Kunjungan nifas (KF 2) dan kunjungan neonatus (KN 2)	Ibu dengan 6 hari masa nifas dan bayi dengan usia 6 hari	<p>Ibu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan pertama 2. Pemeriksaan TTV dan pemfis, memastikan involusi uterus berjalan normal 3. Pastikan ibu mendapatkan istirahat cukup 	<p>Ibu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Termometer 4. Jam 5. Buku KIA 6. Leaflet senam nifas 7. Perawatan Tali Pusat (Kasa) 	PMB Kartini

			<ol style="list-style-type: none">4. Pastikan ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan cukup5. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tanpa penyulit6. Nilai adanya tanda-tanda infeksi dan perdarahan7. Senam nifas	<p>abnormal</p> <ol style="list-style-type: none">2. Memantau apakah ada atau tidak ada masalah atau komplikasi pada ibu3. Agar ibu tahu pentingnya istirahat yang cukup4. Untuk mengetahui dalam keluarga apa ada tarak makan dan mengetahui apa saja yang dibutuhkan dalam masa nifas5. Untuk memastikan ibu bisa menyusui dengan benar6. Untuk mendeteksi jika terdapat infeksi		
--	--	--	---	--	--	--

			<p>atau perdarahan yang abnormal dapat segera ditangani</p> <p>7. Membantu pemulihan organ-organ kandungan dan otot-otot</p> <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan pada bayi 2. Periksa tanda bahaya yang mungkin bisa terjadi seperti ikterus 3. Pastikan bayi mendapat ASI dengan baik 	<p>Bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mendeteksi secara dini tanda tanda infeksi pada bayi 2. ibu mengetahui tentang icterus dan cara meghindari dan menanganinya 3. agar bayi terpenuhi 		
--	--	--	---	---	--	--

				kebutuhan nutrisinya		
9	Kunjungan nifas (KF 3) dan kunjungan neonatus (KN 3)	Ibu dengan 14 hari masa nifas dan bayi dengan usia 14 hari	<p>Ibu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan II 2. Pemeriksaan TTV dan pemfis, memastikan involusi uterus berjalan normal 3. Pastikan ibu mendapatkan istirahat cukup 4. Pastikan ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan cukup 5. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tanpa penyulit 6. Senam nifas 	<p>Ibu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal 2. Memantau apakah ada atau tidak ada masalah atau komplikasi pada ibu 3. Agar ibu tahu pentingnya istirahat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter 2. Termometer 3. Jam 4. Buku KIA 5. Senam nifas (Matras, Bantal, Leaflet senam nifas) 7. instrument Imunisasi 8. Lembar Balik KB 	PMB Kartini

			<p>7. Jelaskan ibu tentang KB</p>	<p>yang cukup</p> <p>4. Untuk mengetahui dalam keluarga apa ada tarak makan dan mengetahui apa saja yang dibutuhkan dalam masa nifas</p> <p>5. Agar ibu mengetahui pentingnya menyusui</p> <p>6. Membantu pemulihan organ-organ kandungan dan otot-otot</p> <p>7. Agar ibu mau menggunakan KB, mengetahui macam kontrasepsi dan</p>		
--	--	--	-----------------------------------	---	--	--

			<p>Bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik (menimbang BB, mengukur suhu, mengukur panjang badan) 2. Pastikan bayi mendapatkan ASI dengan cukup 3. Periksa tanda-tanda infeksi 4. imunisasi DPT-1 dan polio 2 5. Konseling tentang imunisasi wajib dasar 	<p>dapat menentukan kontrasepsi yang dibutuhkan</p> <p>Bayi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pertumbuhan bayi sesuai usia 2. Agar ibu tahu pentingnya pemenuhan nutrisi bagi bayi 3. Mendeteksi secara dini tanda tanda infeksi pada bayi 4. Bayi mendapat munisasi dasar 5. Agar ibu mengetahui apa saja 		
--	--	--	---	--	--	--

				imunisasi dasar yang harus dipenuhi oleh bayi		
10	Kunjungan nifas (KF 4)	Ibu dengan 6 minggu masa nifas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2. Tanyakan pada ibu Hasil diskusi tentang keputusan berKB 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengidentifikasi ada atau tidak ada masalah atau komplikasi pad ibu 2. Ibu segera berKB 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku KIA 2. Lembar balik ABPK 	PMB Kartini atau Rumah pasien

PERNYATAAN

KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama dan gelar : Tarsikah, S.SiT., M.Keb.
2. NIP : 197501262005012002
3. Pangkat dan Golongan : Lektor/IIIC
4. Jabatan : Dosen Jurusan Kebidanan
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : Magister Kebidanan (S2)
7. Alamat dan Nomor yang bisa di hubungi
 - a. Rumah : Teluk Pacitan Kav 10, Arjosari Malang
 - b. Telepon/HP : 081334443299
 - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No.77 Malang 65112
 - d. Telepon Kantor : (0341) 566075

Dengan ini menyatakan (~~Tidak bersedia~~ *) menjadi pembimbing bagi mahasiswa :

Nama : Septi Nur Lutfiah

NIM : P17310174060

Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan pada Ny. A Masa Hamil sampai dengan Masa Interval di PMB Kartini

*) Coret yang tidak dipilih.

Malang, 10 Februari 2020



Tarsikah, S.SiT., M.Keb.

NIP. 197501262005012002

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
 Tidak
23. Penanganan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
 c.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
 Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
- Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

PENAPISAN IBU BERSALIN**DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT**

NO	KETERANGAN	YA	TIDAK
1	Riwayat Bedah Sesar		
2	Perdarahan Pervaginam		
3	Persalinan Kurang Bulan (< 37 Minggu)		
4	Ketuban Pecah dengan Mekonium kental		
5	Ketuban pecah lama (>24 jam)		
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)		
7	Icterus		
8	Anemia berat		
9	Terdapat tanda / gejala infeksi		
10	Preeklamsi / Hypertensi dalam kehamilan		
11	TFU 40 cm atau lebih		
12	Gawat Janin		
13	Primipara fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		
14	Presentasi bukan belakang kepala		
15	Presentasi ganda		
16	Kehamilan gemeli		
17	Tali pusat menumbung		
18	Syok		
19	Bumil TKI		
20	Suami pelayaran		

21	Suami atau istri bertato		
22	HIV / AIDS		
23	PMS		
24	Anak Mahal		

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB :
 1. Nama :
 2. No. Kode :

II. Nomer Seri Kartu:

No. Urut	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB :
 V. 1. Nama Suami/Istri :

III. Umur Peserta KB :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 VI. Pendidikan Suami dan Istri :
 1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
 2. Baca Latin 5. Tamat SMA
 3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat :
 VIII. Pekerjaan Suami dan Istri :
 1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas
 2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain.....
 3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja

IX. Jumlah anak hidup:

Laki-laki	Perempuan
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 X. Umur anak terkecil:

Tahun	Bulan
<input type="text"/>	<input type="text"/>

XI. Status peserta KB
 1. Baru pertama kali
 2. Sesudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB
 3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara
 4. Pindah tempat pelayanan, cara sama
 5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir:
 1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom
 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB
 Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan mhasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang
 2. Tekanan Darah: mmHg
 3. Hamil/Diduga hami: 1) Ya 2) Tidak
 4. Haid terakhir tanggal:

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 5. Berat badan:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 Kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini:
 a. Sakit Kuning

Ya	Tidak
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 b. Pendarahan pervaginaan yang tidak diketahui penyebabnya

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 c. Tumor
 - Payudara

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 - Rahim

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 - Indung Telur

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 - Tertis

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 - Radang orchifis/epididimis

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 d. IMS/HIV/AIDS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
 a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Antefleksi
 b. Tanda-tanda radang

Ya	Tidak
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 c. Tumor/keganasan ginekologi

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)
 a. Tanda-tanda diabetes

Ya	Tidak
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 b. Kelainan pembekuan darah

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
 2. Konseling dengan menggunakan ABPK

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD/MOP), dilanjutkan ke pertanyaan XIV, bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD, MOP dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilaksanakan MOW/MOP. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke klinik/RS yang lengkap.

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan:
 1. IUD 4. Kondom 7. Pil
 2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal
 3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayani:**).....

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XVI. Tanggal dipesan kembali

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD)

Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XVIII. Pemeriksa
 (.....)

Keterangan:
 *) Coret yang tidak perlu/yang tidak boleh diberikan
 **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)

1. Saya Septi Nur Lutfiah mahasiswa program studi D-III kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan suka rela dalam penelitian yang berjudul Studi Kasus Asuhan Kebdinan Berkesinambungan pada Ny. A di PMB Kartini
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada Ibu hamil hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan saat keputusan ber-KB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus ini akan dilaksanakan pada ibu hamil trimester III, Ibu bersalin, neonatus, Ibu nifas, dan ibu dnegan masa interval.
3. Prosedur studi kasus ini akan berlangsung dengan cara pertama responden diberikan informed consent guna persetujuan tindakan asuhan kebidanan berkesinambungan. Dalam pelaksanaan asuhan responden dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi
4. Keuntungan yang diperoleh ibu dalam keikutsertaan dalam studi kasus ini adalah ibu mendapatkan asuhan kebidanan berkesinambungan
5. Seandainya ibu tidak bersedia menjadi responden dalam studi aksus ini, maka ibu boleh tidak mengikuti studi kasus ini sama sekali dan tidak dikenakan sanksi apapun.
6. Seandainya ibu telah bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini dan apabila ibu merasakan kurang berkenan dengan perlakuan yang saya

berikan atau tidak sesuai dengan harapan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka ibu dapat mengundurkan diri dari studi kasus ini

7. Ibu dapat menghubungi peneliti apabila ada hal – hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan berkaitan dengan penelitian dan kondisi ibu melalui no.hp 085656227200
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang, 28 Februari 2020

Peneliti

SEPTI NUR LUTFIAH
NIM. P17310174060

PERNYATAAN PERSETUJUAN

(Informed Consent)

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Nama : Ny.A

Umur : 30 Tahun

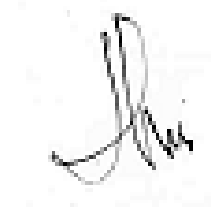
Alamat: Petung Papak, Wagir, Malang

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya bersedia/tidak bersedia*)

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan
Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggungjawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

Malang, 28 Februari 2020

Yang membuat persetujuan



(.....)

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 12-6-2019
 Hari Takliran Persalinan (HTP), tanggal: 20-3-2020
 Lingkar Lengan Atas: 27,5 cm; KEK () Non KEK () Tinggi Badan: 143 cm
 Golongan Darah: _____
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: 5400
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: _____
 Riwayat Alergi: Makanan Obat

BB sebelum hamil: 49 kg Cortes: 0

Tgl	Keluhan Selang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Ukur. Kandung Kemih (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin (Kep/Su/L)	Daya Jantung Janin (Menti)
<u>21/6</u>	<u>Mual</u>	<u>100/70</u>	<u>49</u>	<u>5 mg 3 hr</u>	-	-	-
<u>13/8</u>	<u>Keras Kram</u>	<u>100/70</u>	<u>50</u>	<u>8 mg 5 hr</u>	-	-	-
<u>21/9</u>	<u>FW</u>	<u>100/70</u>	<u>50,5</u>	<u>13 mg 1 hr</u>	<u>33 cm</u>	-	<u>157</u>
<u>18/9</u>	<u>Cek kehamilan</u>	<u>100/70</u>	<u>50,6</u>	<u>14-16 mg</u>	<u>33 cm</u>	<u>bold</u>	-
<u>12/10</u>	<u>Taa</u>	<u>100/70</u>	<u>52</u>	<u>14 mg 5 hr</u>	<u>33,2</u>	<u>bold</u>	<u>143</u>
<u>10/10</u>				<u>21-22 mg</u>			
<u>5/10</u>		<u>130/80</u>	<u>50,5</u>	<u>2 mg 1 hr</u>	<u>23 cm</u>	<u>Kep</u>	<u>144</u>
<u>3/10</u>	<u>Taa</u>	<u>100/70</u>	<u>52</u>	<u>32 mg 4 hr</u>	<u>30 cm</u>	<u>Kep</u>	<u>146</u>

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke: 2 Jumlah persalinan: 1 Jumlah keguguran: 0 G. 2 P. 1 A. 0
 Jumlah anak hidup: 1 Jumlah lahir mati: _____
 Jumlah anak lahir kurang bulan: _____ anak
 Janak kehamilan ini dengan persalinan terakhir: 5 th / ♀
 Status imunisasi tetanus TT terakhir: 15 [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir: 01000 2300 01000
 Cara persalinan terakhir: [Spontan / Normal] [Tindakan]

*Berikan tanda (+) pada kolom yang sesuai Spk = 6 UAT = 24

Kali Berkunjung	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Gemberan TT, Fe, terapi rujukan, umpur baik)	Hasil yang disampaikan	Keterangan Tempat Pelayanan (Nama Puskesmas/Panti)	Kapan Harus Kembali
<u>01+</u>	<u>PP test 2/9</u> <u>Haid 0</u>	- Fe - Aspd	- pola maha - Anc curat	<u>PMB Kram</u>	<u>21/10</u>
<u>-/+</u>		- Fe - Aspd	- Anc Kram	<u>PMB Kram</u>	<u>19/10</u>
<u>01+</u>		- Sisonem - Aspd	- Isotonem - Anc terpa	<u>PMB Kram</u>	<u>13/10</u>
<u>01+</u>	<u>Goldo + C+</u> <u>HB + 11,5</u>	- Fe 1x1	- AMK - konsultasi	<u>PMB Kram</u>	<u>19/10</u>
<u>-/+</u>	<u>PROT</u> <u>20</u> <u>HSA 6</u> <u>HLV 1</u>				
<u>01+</u>		- Aspd	- pola maha	<u>PMB Kram</u>	<u>16/10</u>
<u>-/+</u>		- Sisonem			
<u>01+</u>		- Fe - CoK	- Sisonem - pola maha	<u>PMB Kram</u>	<u>01/11</u>
<u>01+</u>		- Fe - CoK	- Sisonem - pola maha	<u>PMB Kram</u>	<u>20/11</u>
<u>-/+</u>					
<u>-/+</u>					

ALAT DAN BAHAN



1. Bantal



2. Handuk



3. Baby Oil

KAPAN MELAKUKANNYA??

1. Sebelum menyusui.
2. Ibu merasa pegal-pegal.
3. Dapat dilakukan setiap saat.

PENGERTIAN

Pijat oxytocin merupakan pemijatan yang dilakukan pada ibu untuk meningkatkan produksi ASI sehingga proses menyusui berjalan lancar. Pemijatan dilakukan mulai sepanjang tulang belakang sampai dengan sejajar payudara.

TUJUAN

pijat oxytocin dilakukan untuk merangsang refleks oxytosin atau refleks let down atau bisa disebut sebagai refleks pengeluaran ASI.

MANFAAT

- ✓ Memberikan kenyamanan pada ibu.
- ✓ Mengurangi bengkak.
- ✓ Mengurangi sumbatan ASI.
- ✓ Merangsang pelepasan hormon oxytocin serta mempertahankan produksi ASI.





PIJAT OXYTOCIN

Oleh : Septi Nur Lutfiah



LANGKAH-LANGKAH

1. Mencuci tangan dengan sabun.



2. Melepaskan pakaian atas serta mengatur posisi dengan cara duduk dan meletakkan kepala diatas meja dengan beralaskan kedua tangan agar rileks, dan posisi payudara menggantung.




3. Memijat leher pada tulang yang paling menonjol lalu turun 1 cm dan ditarik ke kanan dan kekiri 2-3 cm lalu melakukan pemijatan secara melingkar menggunakan ibu jari hingga sejajar dengan payudara selama 5-10 menit.



Memijat leher di tulang menonjol lalu turun 1 cm dan ditarik kanan dan kiri 2-3 cm.



Memijat secara melingkar.



pemijatan dilakukan hingga sejajar dengan payudara.

4. Menggunakan kembali pakaian atas dan merapikan kembali alat-alat yang telah dipakai.
5. Mencuci tangan dengan sabun, pijat oxytocin telah selesai.



ASI LANCAR
BAYI KENYANG
IBU SENANG...



TERIMAKASIH

Semoga Bermanfaat

