

JADWAL KEGIATAN LAPORAN TUGAS AKHIR

No	Kegiatan	Juli-19				September 2019				Oktober-19				November 2019				Desember 2019				Januari 2020				Maret 2020				April 2020				Mei 2020				Juni 2020			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Informasi penyelenggaraan Proposal LTA	■																																							
2	Informasi Pembimbing		■																																						
3	Proses Penyusunan dan bimbingan Proposal LTA			■	■	■	■	■	■																																
4	Pengumpulan proposal kePanitia/ Pendaftaran seminar Proposal ke Panitia							■																																	
5	Seminar Proposal									■	■	■	■																												
6	Revisi dan persetujuan Proposal oleh penguji													■	■	■	■																								
7	Mengambil kasus dan penulisan laporan																	■	■	■	■	■	■	■	■																
8	Pendaftaran ujian LTA																									■	■	■	■	■	■	■	■								
9	Pelaksanaan ujian LTA																																								
10	Revisi laporan LTA																													■	■	■	■								
11	Penyerahan laporan LTA																																								■

PERMOHONAN PELAKSANAAN STUDI PENDAHULUAN



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

- Kampus Pusat : Jl. Dosis Ijan No. 77 C. Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax(0341) 556746
 - Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumbasporang Latsang, Telp (0341) 427847
 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telp (0342) 801043
 - Kampus IV : Jl. KH Wakhid Haryas No. 64 B Kediri, Telp (0354) 773095
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A. Ponorogo Telp (0352) 461792
 Website : <http://www.poltekkesmalang.ac.id> Email : diroktreat@poltekkes-malang.ac.id



Nomor : PP.04.03/5.0/ 2423 /2019
 Hal : Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan

Malang 30 Juli 2019

Kepada, Yth:

Pimpinan PMB Widiani, A.Md.Keb.

Di,-

MALANG

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu Prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Studi Pendahuluan mahasiswa kami :

N a m a : Sefilya Putri Restiyana
 N I M : P17310171011
 Program Studi : DIII Kebidanan Malang
 Semester : V
 Judul : *Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity Of Care) di PMB Widiani, A.Md.Keb.*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan,

HERAWATI MANSUR, SST.,M.Pd.,M.Psi.
 NIP.: 196501101985032002

Tembusan:

1. Sdr. Sefilya Putri Restiyana
2. Pertiinggal

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sefilya Putri Restiyana
NIM : P17310171011
Alamat : Jl. Karto Sentono Raya, Desa Bajang, Kecamatan Talun,
Kabupaten Blitar
Status : Mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Malang
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. R. di PMB
Widiyani, A.Md.Keb Kecamatan Bumiaji, Kota Batu.

Dengan ini mengharap atas kesediaan saudara untuk ikut serta membantu dalam studi kasus ini sebagai responden yang akan diberikan pertanyaan, dilakukan pemeriksaan, serta observasi. Adapun identitas dan hasil lembar observasi saudara akan kami jaga kerahasiaannya. Apabila saudara bersedia menjadi responden dan dikemudian hari saudara tidak berkenan dengan asuhan yang diberikan, diperbolehkan mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kesediaan saudara kami ucapkan terima kasih.

Hormat Saya



Sefilya Putri Restiyana

NIM. P17310171011

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Sefilya Putri Restiyana berasal dari mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Studi Kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. P. Masa Hamil Sampai dengan Masa Interval di PMB Widiyani, A.Md. Keb Kecamatan Bumiaji, Kota Batu.
 2. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan dari masa hamil sampai dengan masa antara dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan.
 3. Prosedur penelitian dengan cara responden diberikan penjelasan mengenai asuhan kebidanan kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus dan masa interval, lalu responden dilakukan informed consent guna persetujuan tindakan yang akan dilakukan. Setelah itu responden dilakukan anamnesa, pengukuran, serta pemeriksaan fisik pada masa kehamilan trimester III. Sedangkan pada saat persalinan, responden dilakukan anamnesa, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan observasi selama persalinan berlangsung yang akan ditulis dilembar observasi dan partograf. Ketika pembukaan sudah lengkap, responden akan dilakukan asuhan persalinan normal. Pada saat bayi telah lahir, bayi akan langsung dilakukan perawatan bayi baru lahir serta dilakukan observasi untuk memantau keadaan bayi. Saat masa nifas, responden akan dilakukan anamnesa, pengukuran, pemeriksaan fisik, serta pemantauan keadaan ibu terhadap tanda bahaya nifas. Peneliti akan melakukan kunjungan rumah pada responden untuk memantau keadaan responden dan bayinya setelah persalinan. Serta pada masa interval, responden akan peneliti bantu untuk memilih kontrasepsi yang akan digunakan.
 4. Keuntungan yang ibu peroleh dalam keikutsertaan penelitian ini adalah ibu mendapatkan asuhan kebidanan secara berkesinambungan mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta masa interval.
 5. Seandainya ibu tidak menyetujui cara ini maka ibu dapat memilih cara lain atau ibu boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali dan tidak dikenakan sanksi apapun.
 6. Seandainya ibu telah menyetujui penelitian ini, berpartisipasi dalam penelitian ini, ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini, apabila ibu merasakan kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan dan tidak sesuai dengan harapan.
 7. Ibu dapat menghubungi peneliti apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan berkaitan dengan penelitian dan kondisi ibu melalui No Hp. 081235619396
 8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan.
- Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Malang, 13 Maret 2020

Peneliti



Sefilya Putri Restiyana
NIM. P17310171011

RENCANA KEGIATAN

No	Kunjungan	Rencana Asuhan
1	KI (36 minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pengkajian pasien (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan utama atau masalah b. Menjelaskan tentang P4K c. Mengajari senam hamil d. Menjelaskan ketidaknyamanan ibu hamil trimester III e. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan trimester III f. Menjelaskan persiapan persalinan g. Menjelaskan tanda-tanda persalinan
2	KII (38 minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi asuhan b. Mengevaluasi persiapan persalinan c. Mengevaluasi pemahaman ibu mengenai tanda-tanda persalinan
3	INC (40 minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan tanda-tanda vital b. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan c. Melakukan observasi mengenai kemajuan persalinan (asuhan kala I) d. Mempersiapkan alat dan bahan persalinan e. Melakukan pertolongan persalinan (asuhan kala II) f. Melakukan PTT (asuhan kala III) g. Melakukan observasi kontraksi rahim, perdarahan, kandung kemih, keadaan umum, dan TTV (asuhan kala IV) h. Injeksi vitamin K1 dan imunisasi HB0 i. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir
4	KF 1 (6-8 jam) dan KN 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan <i>bonding attachment</i> antara ibu dan bayi f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermi

		g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama kelahiran atau ibu dan bayi dalam keadaan sehat
5	KF 2 (6 hari PP) dan KN 2	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus yang terjadi pada ibu nifas berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal) b. Menilai tanda-tanda bahaya infeksi atau perdarahan c. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan memastikan tidak ada penyulit d. Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan tali pusat dan menjaga bayi agar tetap hangat
6	KF 3 (2 minggu PP) dan KN 3	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus yang terjadi pada ibu nifas berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal) b. Menilai tanda-tanda bahaya infeksi atau perdarahan c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi, cairan, dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan memastikan tidak ada penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan tali pusat dan menjaga bayi agar tetap hangat
7	KF 4 (29-40 hari post partum) dan masa interval	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit atau masalah yang dialami ibu maupun bayinya b. Memberikan konseling tentang KB secara dini c. Membantu ibu memilih metode alat kontrasepsi yang tepat

PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan Gelar : Ika Yudianti, SST.,M.Keb
2. NIP : 1980727 200312 2 002
3. Pangkat dan Golongan : Penata/IIIC
4. Jabatan : Ketua Prodi D-IV Kebidanan Malang
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2
7. Alamat dan Nomor yang bisa di hubungi
 - a. Rumah : Jl. Letjen Sutoyo, Lowokwaru, Malang
 - b. Telepon/HP : (0341) 3135565/081233667567
 - c. Alamat kantor : Jl. Besar Ijen No. 77C, Klojen, Kota Malang
 - d. Telepon kantor : (0341) 551893

Dengan ini menyatakan (bersedia/tidak bersedia *) menjadi pembimbing bagi mahasiswa :

Nama : Sefilya Putri Restiyana
NIM : P17310171011
Topik Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. X Masa Hamil Sampai Dengan Masa Interval di PMB Widiyani, Amd.Keb, Kecamatan Bumiaji, Kota Batu

*) Coret yang tidak di pilih.

Malang, ~~09~~ Desember 2019



Ika Yudianti, SST.,M.Keb

NIP. 1980727 200312 2 002












LEMBAR KONSUL

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Sefilya Putri Restiyana

NIM : P17310171011

Nama Pembimbing : Ika Yudianti, SST., M.Keb

TANGGAL	SARAN	TANDA TANGAN
15 September 2019	1. Revisi sesuai hasil koreksi 2. Print hasil konsul ini 3. sertakan hasil konrul dan revisian	
26.11.2019	Revisi teknik pengujian - - lengkapi lampiran?	
06.12.2019	ACC sempres	
04.01.2020	Revisi lagi sesuai Refom saat sempres	
24.01.2020	ACC penyimpulan data -	
14 April 2020	Konsultasi secara daring melalui zoom	
27 April 2020	Konsultasi secara daring melalui zoom	
18 Mei 2020	Konsultasi melalui email . Revisi sesuai hasil koreksi	
31 Mei 2020	Konsultasi melalui email . Revisi sesuai hasil koreksi	
08 Juni 2020	ACC seminar hasil	
20 Agustus 2020	ACC hasil revisi pasca semhas	

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL PENGUJI KETUA



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

~ Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746
 ~ Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
 ~ Kampus II : Jl. A Yani Sumberporong Lawang, Telp (0341) 427847
 ~ Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telp (0342) 801043
 ~ Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 64 J. Kediri, Telp (0354)773095
 ~ Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
 ~ Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Nama : Sefilya Putri Restiyana
 NIM : P17310171011
 Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan pada Ny. ... Masa Hamil sampai Dengan Masa Interval di PMB Widiyani, A.Md. Keb. Kecamatan Bumiaji, Kota Batu

No.	HLM	REVISI PENGUJI
1.		Kata pengantar, penomoran, margin
2.		Daftar isi, daftar lampiran
3.		studi pendahuluan, tempat, waktu
4.		Hasil pemeriksaan di Beri indikatar
5.		Abdomen → Leopold 1-4. RR...
6.		Analisa ANC DXnya dgn ?
7.		UT.
8.		Analisa Neonatus dan (BBL)
		Analisa KB

Malang, 22 Februari 2020

Setelah direvisi,

(Naimah, SKM., M. Kes)

Malang, 15 Januari 2020

Sebelum direvisi,

(Naimah, SKM., M. Kes)

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL PENGUJI ANGGOTA



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

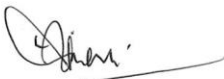
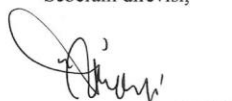


~ Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746
 ~ Kampus I : Jl. Ankeyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
 ~ Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Larang, Telp (0341) 427847
 ~ Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Bbitar, Telp (0342) 801043
 ~ Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp (0354)773095
 ~ Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
 ~ Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Nama : Septya Putri Restiyana
 NIM : P17310171011
 Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan pada Ny ... Masa Hamil Sampai Dengan Masa Interval di PMB Widiyani, A.Md. Keb. Kecamatan Bumiaji, Kota Batu

No.	HLM	REVISI PENGUJI
		Pelajari naskah

Malang, <u>24.01.2020</u> Setelah direvisi,  (Ika Yudianti, SST., M.Keb)	Malang, <u>18 Januari 2020</u> Sebelum direvisi,  (Ika Yudianti, SST., M.Keb)
--	--

IDENTITAS BUKU KIA PASIEN

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

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. R
 Tempat/Tgl. lahir : 23 tahun
 Kehamilan ke : I Anak terakhir umur: - tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/ SMU Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : AB +
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 No. JKN :

Nama Suami : Tn. A
 Tempat/Tgl. lahir : 23 tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/ SMU Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : -
 Pekerjaan : Swasta

Alamat Rumah : Tulungrejo Rt 04 Rw 01
 Kecamatan : Bumiaji
 Kabupaten/Kota : Batu
 No. Telp. yang bisa dihubungi :

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

*Lingkari yang sesuai

CACATAN KESEHATAN IBU HAMIL

CACATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 28-03-2019
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 04-05-2020
 Lingkar Lengan Atas: 24 cm; KEK (), Non KEK (✓) Tinggi Badan: 149 cm
 Colongan Darah: AB+
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: -
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: HT ⊖ DM ⊖ Sewali ⊖ Asma ⊖
 Riwayat Alergi: ⊖

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kep/Sul/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
1/19	Taa	100/70	47	8-10	Ball	-	-
2/10	Mual	100/70	47	12-14	2 jari 1 sym	-	-
2/19	Nyeri perut bawah	100/70	47	16-18	1/2 pst sym	Ball ⊕	132 x/mnt
9/10	Nyeri perut bawah	102/67	51	22-24	16 cm	Ball ⊕	149 x/mnt
19/30	Pusing dan nyeri punggung	90/70	51	32-34	24 cm	Kep	144 x/mnt
19/30	Susah tidur	100/70	55	36-38	28 cm	kep	136 x/mnt

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke .I.... Jumlah persalinan 0 Jumlah keguguran 0 G .I . P . 0 . A . 0
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi TT terakhir 15 [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir*: [] Spontan/Normal [] Tindakan

* Ber 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
⊖/+		Folatin - Vito F - Folarin -BC	Makan dan nutrisi yg seimbang - Nutrisi - Konsumsi tukin ut		1 bulan
⊖/+		- Mamavit - Folarin	- Istirahat cukup	PMB Widayani	1 bln lagi/ sebakta
⊖/+	Hb : 13.4 Dps : 116 Hiv : ⊖ Eosin : AB+ Sifilis : ⊖	- Asam folat - kalf - BC	- Istirahat - peram hamil	PMB Widayani PKM Bumioji	1 bulan lagi/ sebakta
-/+					
⊖/+		Vito F Aitramin - F	- Nutrisi - peram hamil - istirahat	PMB Widayani RS Purnem Boku	1 minggu Lagi 1 minggu/ sebakta
⊖/+					
-/+					
-/+					
-/+					

PENAPISAN KB

Daftar Tilik Penapisan Klien

Metode Hormonal (Pil Kombinasi, Pil Progestin, Suntikan dan Susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih?		
Apakah menyusui < 6 minggu pascapersalinan? ^{1,2}		
Apakah mengalami perdarahan pervaginam bercak anata haid setelah senggama?		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata?		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual?		
Apakah pernah mengalami tekanan darah > 160 mmHg (sistolik) atau < 90 mmHg (diastolik)?		
Apakah ada masa atau benjolan pada payudara?		
Apakah klien sedang mengkonsumsi obat-obatan anti kejang (epilepsi)? ³		
AKDR (Semua Jenis Pelepas Tembaga dan Progestin)		
Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan lain?		✓
Apakah pernah mengalami IMS?		✓
Apakah pernah mengalami kehamilan ektopik atau radang panggul?		✓
Apakah pernah mengalami hadi banyak (>1-2 pembalut setiap 4 jam)?		✓
Apakah pernah mengalami haid lama (> 8 hari)?		✓
Apakah pernah mengalami disminorea berat yang membutuhkan analgetik dan atau istirahat baring?		✓
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggaman?		✓
Apakah pernah mengalami penyakit jantung vascular atau kongenital?		✓

KARTU STATUS PESERTA KB

K/IV/KB/11		
I. Nomor Kode Klinik KB <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Propinsi Kab/Kota Klinik</small>	II. Nomor Seri Kartu : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Nomor Urut Tahun</small>	
KARTU STATUS PESERTA KB		
III. Nama Peserta KB : Ny. R	IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
V. Nama Suami/Istri : Tn. A / Ny. R	VI. Pendidikan Suami dan Istri 1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SLTP <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Tamat SLTA 5. Tamat PT Suami Istri	
VII. Alamat Peserta KB : Tulungrejo Rt 04 Rw 01 Bumijati	VIII. Pekerjaan Suami dan Istri 1. Pegawai Pemerintah 4. Nelayan <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Pegawai Swasta 5. Tidak bekerja Suami Istri 3. Petani 6. Lain-lain	
IX. Tahapan KS :		
X. Jumlah anak hidup <input type="checkbox"/> Laki-laki <input checked="" type="checkbox"/> Perempuan	XI. Umur anak terkecil <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> Bulan	
XII. Status Peserta KB <input checked="" type="checkbox"/> 1. Baru pertama kali 2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah bersalin/keguguran	XIII. Cara KB terakhir <input type="checkbox"/> 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pili	
XIV. Penapisan (Skrining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB. Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia Penapisan (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi		
Anamnese		
1. Haid terakhir tanggal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tanggal Bulan Tahun</small>	2. Hamil/Diduga Hamil : 1) Ya 2) Tidak <input type="checkbox"/>	
3. Jumlah GPA : Gravida (Kehamilan) <input type="text"/> Partus (Persalinan) <input checked="" type="checkbox"/> Abortus (Keguguran) <input type="checkbox"/>		
4. Menyusui : 1) Ya 2) Tidak <input checked="" type="checkbox"/>		
5. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Tidak Ya <ul style="list-style-type: none"> a. Sakit kuning <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Keputihan yang lama <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Tumor <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara - Rahim - Indung telur 	- Bila semua jawaban TIDAK , dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD dan MOW). - Bila salah satu jawaban YA , rujuk ke dokter.	
Pemeriksaan		
6. Keadaan Umum : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang <input checked="" type="checkbox"/>	7. Berat Badan : <input type="text"/> Kg	
8. Tekanan Darah : _____		
9. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam : <ul style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda radang <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Tumor/keganasan ginekologi <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	10. Posisi Rahim : 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi <input type="checkbox"/>	Bila semua jawaban TIDAK , pemasangan IUD atau tindakan MOW dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA , rujuk ke dokter.
11. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW) <ul style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Kelainan pembekuan darah <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Radang orchitis/epididymitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Tumor/keganasan ginekologi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Bila semua jawaban TIDAK , dapat dilakukan Vasektomi. Bila salah satu jawabannya YA , maka rujuklah ke Klinik/RS yang lengkap.	
12. Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan : IUD MOW MOP Kondom Implant Suntikan Pili		
XV. Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih : 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom <input checked="" type="checkbox"/> 5. Implant 6. Suntikan 7. Pili	XVI. Tanggal dilayani (**) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tanggal Bulan Tahun</small>	
XVII. Tanggal dipesan kembali <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tanggal Bulan Tahun</small>	XVIII. Tanggal dicabut (khusus Implant/IUD) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tanggal Bulan Tahun</small>	
XIX. Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidang/Perawat Kesehatan (.....) NIP.		
KETERANGAN : *) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan. **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak jayar.		

LEAFLET SENAM HAMIL

SENAM HAMIL



Apa itu SENAM HAMIL?

Senam Hamil adalah suatu bentuk latihan guna memperkuat dan mempertahankan elastisitas dinding perut, ligament-ligament, otot-otot dasar panggul, yang berhubungan dengan proses persalinan.

SYARAT SENAM HAMIL:

1. Persetujuan dokter
2. Senam dengan instruktur
3. Cukup berlatih dari jangen terlalu memaksakan diri
4. Pakai pakaian yang sesuai dan tidak terlalu ketat
5. Konsumsi makanan cukup kalori untuk tambahan energy sebelum senam

Alat dan bahan yang digunakan:

1. Bantal
2. Matras/karpet
3. Pakaian olahraga/pakaian yang longgar
4. Ruangan yang nyaman dan tenang

Apa saja manfaat dari SENAM HAMIL?

1. Menguasai teknik pernapasan untuk mempersiapkan persalinan
2. Memperkuat elastisitas otot
3. Mengurangi keluhan yang berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh
4. Melatih relaksasi untuk mengatasi rasa sakit saat persalinan
5. Menghindari kesulitan saat persalinan



JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III KEBIDANAN MALANG
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

Langkah dan prosedur

1. Senam untuk kaki

Duduk dengan kaki diruruskan kedepan lalu tarik jari-jari kearah tubuh lalu menjauhi tubuh, lakukan 10 kali



duduk dan kaki diruruskan lalu tarik telapak kaki kearah tubuh lalu menjauhi tubuh, lakukan sebanyak 10 kali



2. Latihan dasar pemapasan

Tidur terlentang dengan bantal, lalu lakukan latihan pemapasan:

Pemapasan perut, Pemapasan iga, Pemapasan dada

Senam duduk bersila

Duduk bersila dengan kedua telapak tangan di atas lutut, tekan lutut ke bawah perlahan lahan, lakukan 10 kali



4. Senam untuk pinggang

Tidur terlentang dan tekuklah lutut, arah telapak tangan ke bawah dan berada disamping badan, lalu angkat pinggang sebanyak 10 kali



Senam dengan satu lutut

Tidur terlentang, tekuk lutut kanan lalu lutut kanan digerakkan kea rah kanan begitupun untuk kaki kiri, Lakukan masing-masing 10 kali.



Senam dengan kedua lutut

Tidur terlentang, kedua lutut ditekuk dan saling menempel, lalu digerakkan perlahan lahan ke kiri dan kekanan sebanyak 8 kali.



Senam untuk pinggang (merangkak)

Badan dalam posisi merangkak, sambil menarik napas angkat perut/punggung ke atas dengan wajah menghadap ke bawah. Sambil mengangkat wajah hembuskan nafas, turunkan punggung dengan perlahan



Cara tidur yang nyaman

Berbaringlah miring pada sebelah sisi dengan lutut ditekuk



Senam untuk memperlancar ASI

Lipat lengan ke depan dengan telapak tangan digenggam dan berada di depan dada, gerakan siku ke atas dan kebawah



Lipat lengan keatas hingga ujung jari telang menyentuh bahu, lalu diputar ke depan ke belakang begitu pun sebaliknya.



LEAFLET PERAWATAN PAYUDARA

**PERAWATAN PAYUDARA
IBU MENYUSUI DAN
PAYUDARA BENGGAK**



Jurusan Kebidanan
Prodi DIII-Kebidanan Malang
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Apa saja Manfaat perawatan payudara :

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan puting susu
3. Merangsang kelenjar air susu sehingga produksi ASI lancar
4. Mencegah penyumbatan dan pembengkakan



Alat dan bahan :

1. Waslap
2. Baby oil
3. Baskom air hangat dan dingin
4. Kapas

Tata cara melakukan perawatan payudara :

1. Cuci tangan
2. Mengompres (bagian hitam sekitar puting dengan kapas berminyak 3 – 5 menit lalu bersihkan).



3. Mengenyalkan puting susu bisa dengan beberapa cara berikut :

- a. Meletakkan dua ibu jari diatas dan dibawah puting susu, diregangkan ke bagian kecoklatan didaerah payudara arah atas – bawah dan kiri – kanan sebanyak 20 kali.



b. Atau cukup ditarik saja sebanyak 20 kali



c. Atau dirangsang dengan menggunakan ujung waslap kering.



d. Atau jika payudara ibu kedalam bisa menggunakan spuit terbalik.



PAYUDARA BENGKAK :

Jika payudara bengkak ibu bisa melakukan gerakan berikut :

1. Kompres payudara dengan air hangat untuk mengurangi rasa nyeri
2. Meletakkan kepala diatas meja dengan beralas kedua tangan agar rileks dan payudara menggantung lalu memijat leher dan punggung belakang.

4. Mengoleskan minyak pada kedua tangan atau pada payudara, kemudian mengenyalkan kedua payudara dengan memutar telapak tangan pada payudara.
5. Mengurut payudara dari pangkal payudara ke kecoklatan didaerah payudara mulai dari atas, samping dan bawah dengan menggunakan pinggir telapak tangan.
6. Mengurut payudara dari pangkal payudara ke arah kecoklatan didaerah payudara mulai dari atas,samping dan bawah dengan menggunakan ruas – ruas jari (tangan menggenggam)

7. Mengompres payudara dengan air hangat kemudian air dingin bergantian beberapa kali bisa 3- 5 kali dan diakhiri dengan air hangat.
8. Keringkan dan pakai BH yang menopang

3. Memijat pelan – pelan ke arah tengah
4. Menstimulasi payudara dan puting susu. Jika air susu sudah keluar segera susu ke bayi.
5. Mengompres payudara dengan air dingin setelah menyusui untuk mengurangi pembengkakan.
6. Keringkan dan kenakan BH yang menopang payudara.

" Ibu bisa melakukan perawatan payudara setiap hari sebelum mandi agar kebersihan payudara tetap terjaga dan ASI tetap lancar "

LEAFLET SENAM NIFAS

SENAM NIFAS



Jurusan Kebidanan

Prodi DIII-Kebidanan Malang

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Apa saja manfaat senam nifas :

Mempercepat proses pengembalian rahim, merilekskan tubuh ibu setelah lelah melahirkan, memperlancar ASI

Alat – alat :

1. Bantal 3 buah
2. Matras / Kasur

Langkah – langkah senam nifas :

Latihan hari pertama :

1. Latihan pernapasan iga – iga yang berguna agar pernafasan ibu agar teratur dan rileks. kepalkan kedua tangan pada iga – iga. Tarik nafas dari hidung lalu keluarkan lewat mulut. Ulangi hingga 15 kali.



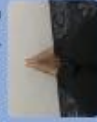
2. Latihan gerak pergelangan kaki. Berguna untuk melancarkan peredaran darah. Tidur terlentang dengan satu bantal kedua lutut lurus.



a. Dorong telapak kaki kemudian tarik, ulangi 15 kali



b. Hadapkan kedua telapak kaki satu sama lain, putar ke arah depan, kemudian ke arah yang berlawanan. Ulangi 15 kali



c. Kedua telapak kaki diturunkan kebawah buka kesamping tegakkan kembali. Lakukan sebanyak 15 kali.



3. Latihan kontraksi ringan otot perut dan pantat yang dapat mencegah kesulitan buang air kecil dan buang air besar dan membantu kontraksi rahim. Dilakukan dengan posisi tidur terlentang dengan 1 bantal kedua lutut lurus dan tangan kesamping badan.

a. Latihan pertama Angkat kepala dan bahu sehingga dagu menyentuh dada. Dilakukan sebanyak 4x gerakan.



b. Latihan kedua Bengkokkan lutut kiri dan kanan secara bergantian. Lakukan sebanyak 4x gerakan untuk tiap sisi.



c. Latihan ketiga

Dengan posisi yang sama dan menupangkan salah satu kaki pada kaki lainnya, tundukan kepala, kerutkan pantat hingga lepas dari kasur, Kempiskan perut hingga punggung menekan kasu, lepaskan perlahan – lahan. Lakukan 15 kali gerakan (setiap 3x gerakan istirahat sebentar), pagi dan sore.



Latihan hari kedua:

1. Latihan otot perut berguna untuk mencegah agar dinding perut tidak kendur.
Sikap : Posisi tidur terlentang dengan satu bantal, kedua lutut dibengkokkan dan telapak kaki menempel pada kasur
Kegiatan : Angkat kepala, angkat kepala dan bahu perlahan hingga dagu menempel di dada, turunkan dengan lamban bisa dilakukan dengan meletakkan tangan pada bahu. Lakukan gerakan 15 x pada pagi dan sore hari.



2. Latihan kaki bertujuan untuk mengencangkan otot – otot dasar panggul. Tidur terlentang dengan satu bantal lutut dibengkokkan setengah tinggi lurus dan dirapatkan, tangan terlentang disamping dengan bahu lurus. rebahkan kedua lutut ke samping kiri dan kanan secara bergantian, bahu tetap pada kasur. Lakukan 5 gerakan untuk masing –masing sisi.



3. Latihan otot dada untuk memperlancar pengeluaran ASI. Duduk tegak atau berdiri kedua tangan saling berpegangan pada lengan bawah dekat siku angkat siku sejajar dengan bahu. Pegang tangan erat - erat dorong jauh – jauh secara bersamaan kearah siku tanpa menggeser telapak tangan sampai otot dada terasa tertarik lalu lepaskan. Lakukan 45 x gerakan, setiap gerakan 15 x gerakan berhenti sebentar lakukan pada pagi dan sore.



Latihan hari ke tiga:

1. Latihan untuk mengembalikan rahim pada bentuk dan posisi semula. Mempercepat

kembali nya rahim keposisi semula dan mengurangi rasa mules / after pain. Tidur tengkurap dengan 2 bantal menyangga perut dan 1 bantal menyangga punggung kaki, kepala menoleh ke samping kiri / kanan tangan disamping badan dengan siku sedikit di bengkokkan. Pertahankan sikap ini selama 5 menit lama kelamaan selama 20 menit, lakukan latihan ini sampai ibu merasakan tidak mulas lagi



2. Latihan sikap baik secara ringan untuk mencegah badan menjadi bungkuk
Tidur terlentang tangan disamping badan. Kerutkan pantat kempiskan perut sehingga bahu menekan kasur ulurkan leher dan lepaskan. Lakukan 5 x gerakan setiap pagi dan sore hari .



- a. Posisi duduk / berdiri ke 2 tangan di atas sendi bahu. Putar sendi bahu kearah depan ke atas ke belakang ke bawah ke depan. (Pada arah putaran ke belakang tulang belikat atau bahu mendekati satu sama lain). Lakukan 15 x gerakan dan berhenti setiap lima gerakan, lakukan setiap kali selesai menyusui bayi.

