

LAMPIRAN

Lampiran 1

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURUNG
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURUNG
Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yulina Wati, Amd.Keb

Alamat : Srikaton, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Olsa Niaroka

NIM : 1715401044

Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Telah mengambil studi kasus kebidanan di PMB Yulina Wati, Amd.Keb sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan Tanjungpurung Politeknik Kesehatan Tanjungpurung.

Lampung Selatan, Februari 2020

PMB Yulina Wati, Amd.Keb


BIDAN
YULINA WATI, A.Md.Keb.
KEC. TANJUNGPURUNG
Yulina Wati, Amd.Keb

Lampiran 2

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURING
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURING
Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI SUBYEK

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Wiji Lestari

Umur : 22 tahun

Alamat : Jati Indah, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi pasien dalam Laporan Tugas Akhir (LTA), dimulai dari asuhan kehamilan, persalinan, nifas, dan KB. Asuhan akan diberikan oleh mahasiswa yang bersangkutan yaitu:

Nama : Olsa Niaroka

NIM : 1715401044

Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Lampung Selatan, Februari 2020

Mahasiswa,



Olsa Niaroka

Klien,



Wiji Lestari

Menyetujui,

Pembimbing Lahan,


Yulina Wati, Amd.Keb

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURING
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURING
Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. Ari Apriyanto

Umur : 26 tahun

Alamat : Jati Indah, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

Selaku SUAMI/KELUARGA/KLIEN)* telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan dan atau pertolongan persalinan yang akan diberikan. Meliputi:

- Asuhan Persalinan Normal
- Pemeriksaan Dalam
- Amniotomi
- Episiotomi
- Penjahitan Perineum
- Lain-lain.....

Terhadap ISTRI/KELUARGA/YANG BERSANGKUTAN)*:

Nama : Ny. Wiji Lestari

Umur : 22 tahun

Alamat : Jati Indah, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

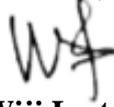
Lampung Selatan, Maret 2020

Mahasiswa,



Olsa Niaroka

Klien,



Wiji Lestari

Suami/Keluarga,



Ari Apriyanto

Menyetujui,
Pembimbing Lahan,

BIDAN
YULINA WATI, A.Md.Keb.

Yulina Wati, Amd.Keb

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURANG
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURANG
Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

INFORMED CHOICE

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Wiji Lestari

Umur : 22 tahun

Alamat : Jati Indah, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan mengenai macam-macam alat kontrasepsi beserta kekurangan dan kelebihanannya. Saya menyatakan memilih metode kontrasepsi:

- IUD
- Suntik 3 bulan)*
- Pil progestin/kombinasi)*
- Implant
- Kondom/Diafragma)*
- Tubektomi/Vasektomi)*
- Metode Alamiah

Bandar Lampung, Maret 2020

Mahasiswa,


Olsa Niaroka

Suami/Keluarga,


Ari Aprivanto

Klien,


Wiji Lestari

Menyetujui,
Pembimbing Lahan,



Yulina Wati, Amd.Keb

Lampiran 5

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURANG
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURANG
Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Wiji Lestari

Umur : 22 tahun

Alamat : Jati Indah, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan mengenai macam-macam alat kontrasepsi beserta kekurangan dan kelebihanannya. Saya menyatakan memilih metode kontrasepsi KB Suntik 3 Bulan.

Asuhan akan diberikan oleh:

Nama : Olsa Niaroka

NIM : 1715401044

Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Bandar Lampung, Maret 2020

Mahasiswa,



Olsa Niaroka

Suami/Keluarga,



Ari Apriyanto

Klien,



Wiji Lestari

Menyetujui,

Pembimbing Lahan,



KEC. TANJUNGPURANG
Yulina Wati, Amd.Keb

Lampiran 6

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PIJAT OKSITOSIN
Pengertian	Pijat oksitosin adalah pemijatan tulang belakang pada <i>costae</i> (tulang rusuk) ke lima hingga keenam sampai ke <i>scapula</i> (tulang belikat) yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis, saraf yang berpangkal pada <i>medulla oblongata</i> dan pada daerah <i>sacrum</i> dari <i>medulla spinalis</i> , merangsang <i>hipofise posterior</i> untuk mengeluarkan oksitosin, oksitosin menstimulasi kontraksi sel-sel otot polos yang melingkari duktus laktiferus kelenjar <i>mamae</i> yang menyebabkan kontraktilitas mioepitel payudara sehingga dapat meningkatkan pelancaran ASI dari kelenjar <i>mamae</i> . (Suryani, & Astuti, 2013)
Manfaat	<ol style="list-style-type: none"> 1) Merangsang oksitosin 2) Meningkatkan kenyamanan 3) Meningkatkan gerak ASI ke payudara 4) Menambah pengisian ASI ke payudara 5) Memperlancar pengeluaran ASI 6) Mempercepat proses involusi uterus. (Sutanto AV, 2018:87)
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> a. Kursi b. Meja c. <i>Baby oil</i> d. Handuk
Persiapan ruangan	Pastikan ruangan tertutup dan cahaya yang cukup
Persiapan petugas	Menggulung lengan baju, melepaskan jam tangan dan perhiasan, mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu keringkan dengan handuk bersih/ <i>tissue</i>
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a) Ibu duduk, bersandar kedepan, lipat lengan di atas sandaran meja di

	<p>depannya dan letakkan kepala di atas lengannya.</p> <p>b) Payudara tergantung lepas, punggung tanpa baju.</p> <p>c) Menggosok kedua sisi tulang punggung dengan ibu jari penolong.</p> <p>d) Mengepal kedua tangan seperti tinju dan ibu jari menghadap ke arah atas/depan.</p> <p>e) Menekan dengan kuat dan membentuk lingkaran kecil dengan kedua ibu jarinya.</p> <p>f) Menggosok ke arah bawah di kedua sisi tulang belakang pada saat yang sama, dari leher ke arah tulang belikat selama 2-3 menit.</p> <p>g) Dilakukan pada 6-8 jam postpartum sampai 6 hari postpartum dan diintervensi 2 hari sekali dengan meminta bantuan suami/keluarga.</p>
Evaluasi	<p>Dilakukan pada hari ke-3 dan ke-6 postpartum</p> <p>Evaluasi hari ke-3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bayi menyusu kuat 2) Bayi BAK paling sedikit 8 kali sehari <p>Evaluasi hari ke-6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengeluaran ASI lancar 2) Bayi menyusu kuat 3) Bayi BAK 10-12 kali sehari

Lampiran 7

DOKUMENTASI



6 hari *post partum*



3 hari *post partum*