

PERMOHONAN RESPONDEN DALAM PENGAMBILAN KASUS

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Rina Irlanti

NIM : CK 118.046

Asal institusi: Program studi D III kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Mengajukan Permohonan Kepada Ibu:

Nama : Endang

Umur : 20

Alamat : Babakan Jati 4/3

Untuk bersedia menjadi responden (Klien) dalam Asuhan berkelanjutan untuk Laporan Tugas Akhir Mahasiswa di program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana dengan rincian :

1. Asuhan kehamilan: Mulai umur kehamilan minimal 35 minggu sebanyak 4 kali
2. Asuhan Persalinan: Sebanyak 1 kali saat proses persalinan
3. Asuhan Nifas: Sebanyak 3 kali, Yaitu saat 6 jam - 3 hari, hari ke. 4 - 28, setelah melahirkan dan hari ke 29 - 42 hari setelah melahirkan.
4. Asuhan Neonatus (Bayi Baru Lahir) : Sebanyak 3 kali yaitu 6-48 jam setelah lahir, hari ke 3-7 setelah lahir, dan hari ke 8-28 setelah lahir
5. Asuhan keluarga berencana: Sebanyak 2 kali yaitu saat kunjungan masa nifas

Demikian surat permohonan ini saya buat, atas perhatian nya saya ucapkan terima kasih.

Bandung, 20 Maret 2021

Santi
(.....Santi.....)

PERSETUJUAN RESPONDEN DALAM PENGAMBILAN KASUS

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Santi

Umur : 20

Alamat : Sebrakan Jauh 4/2

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden (klien) dalam asuhan berkelanjutan untuk Laporan Tugas Akhir mahasiswa di Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana dengan rincian :

1. Asuhan kehamilan : Mulai umur kehamilan minimal 35 minggu sebanyak 4 kali
2. Asuhan Persalinan : Sebanyak 1 kali saat proses persalinan
3. Asuhan Nifas : Sebanyak 3 kali, yaitu saat yaitu 6 jam-3 hari, hari ke 4-28 hari setelah melahirkan dan hari ke 29-42 hari setelah melahirkan
4. Asuhan Neonatus (Bayi Baru Lahir) : Sebanyak 3 kali, yaitu 6-48 jam setelah lahir, hari ke 3-7 setelah lahir, dan hari ke 8-28 setelah lahir
5. Asuhan Keluarga Berencana : Sebanyak 2 kali yaitu saat kunjungan masa nifas

Demikian surat pernyataan ini saya buat secara sukarela, dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

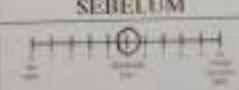
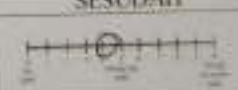
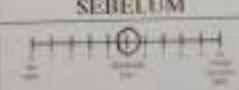
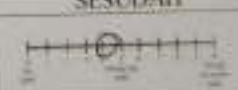
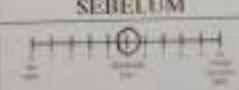
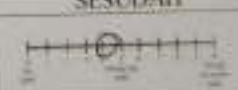
Bandung, 22 Maret 2020

Santi

(.....Santi.....)

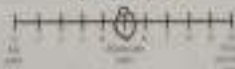
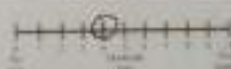
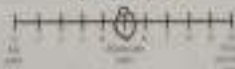
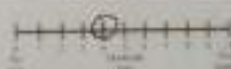
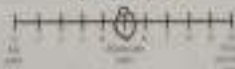
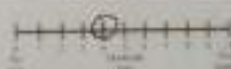
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isi bagian skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan literatur kriteria skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	05-09-21				
NAMA RESPONDEN	Sarah				
DIAGNOSA	Ektopos Gravi 31ming dari minggu ke-37 <i>Introduksi</i>				
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri				
	PAIN MEASUREMENT SCALE 				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI	30 detik				

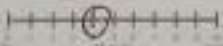
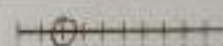
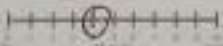
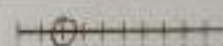
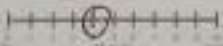
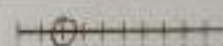
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Tinghali skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	06 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	Septy				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa ditiadakan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIR MEASUREMENT SCALE  <table border="1"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>  </td> <td>  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI	30 detik				

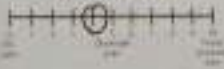
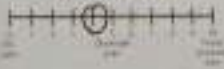
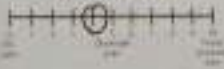
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isilah skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	07 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	~ ~ ~ ~ ~				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

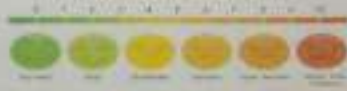
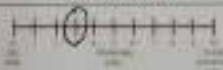
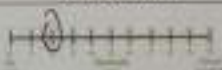
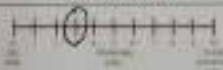
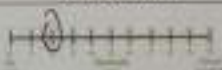
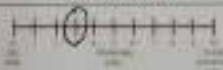
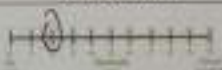
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASULAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Ingat! skala nyeri yang anda makan, sesuaikan dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	08 - 04 - 21				
NAMA RESPONDEN	Sandi				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa ditiadakan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th><th>SESUDAH</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isi bagian skala nyeri yang tidak rusak, sesuaikan dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	09 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN					
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

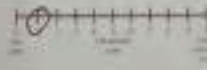
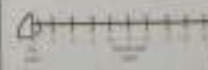
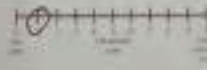
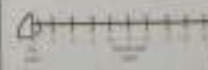
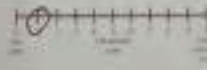
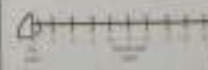
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isi dari skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	10 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	S. Anik				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit. Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUIHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(lingkari skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan-keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	17 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	SARI				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa ditiadakan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indra, terutama indra penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN INTENSIFICATION SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 21-05-11
2. Nama Ibu: R. S. L. S.
3. Tempat Persalinan:
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Lainnya: *di rumah*
4. Asas terdapat persalinan: *013 subur*
5. Cakupan: ☐ rumah, ☐ RS, ☐ IGD
6. Alasan masuk: *...*
7. Tempat rujukan: *...*
8. Perawatan pada saat masuk:
 - ☐ Gawat
 - ☐ Normal
 - ☐ Gawat
 - ☐ Dukung
 - ☐ Rawat
 - ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partusur meluas pada waktu: *...*
10. Masalah lain, sebutkan: *...*
11. Penatalaksanaan masalah tersebut: *...*
12. Hasilnya: *...*

KALA II

13. Gejala:
 - ☐ Ya, tidak
 - ☐ Tidak
14. Perawatan pada saat persalinan:
 - ☐ Suami
 - ☐ Teman
 - ☐ Tidak ada
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Dukung
15. Gawat Jarak:
 - ☐ Ya, tidak
 - ☐ Tidak

16. Alasan masuk:
 - ☐ Ya, tidak
 - ☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan: *...*
18. Penatalaksanaan masalah tersebut: *...*
19. Hasilnya: *...*

KALA III

20. Lama kala III: *...* menit
21. Pemberian Obat 10 U m: *...*
 - ☐ Ya, waktu: *...* menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan: *...*
22. Pemberian obat Oksitosin (2x): *...*
 - ☐ Ya, alasan: *...*
 - ☐ Tidak
23. Penanganan lain pada kala III: *...*
 - ☐ Ya
 - ☐ Tidak, alasan: *...*

PENGANTARAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Detak	Tinggi Fundus Uteri	Kondisi Uterus	Kondisi Keti	Pandangan
1	18-30	120/80	84	2/1/1	lunas	Kesulitan	± 20
	19-45	120/80	78	2/1/1	lunas	Kesulitan	± 10
	19-50	120/80	80	2/1/1	lunas	Kesulitan	± 5
	19-55	120/80	80	2/1/1	lunas	Kesulitan	± 10
2	19-55	120/80	70	2/1/1	lunas	Kesulitan	± 5
	20-05	120/80	70	2/1/1	lunas	Kesulitan	± 10

Masalah kala IV:

Penatalaksanaan masalah tersebut:

Hasilnya:

24. Apakah kondisi ibu?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan: *...*
25. Apakah ada keluhan lain?
 - ☐ Tidak
 - ☐ Jika tidak keluhan, tindakan yang dilakukan: *...*
26. Apakah tidak lama > 50 menit?
 - ☐ Ya, tidak
 - ☐ Tidak
27. Lignasi:
 - ☒ Ya, karena *...*
 - ☐ Tidak
28. Apakah terdapat keluhan lain?
 - ☐ Tidak
 - ☐ Jika terdapat keluhan, tindakan yang dilakukan: *...*
29. Apakah ada keluhan lain?
 - ☐ Tidak
 - ☐ Ya, tidak
30. Jumlah persalinan: *...*
31. Masalah lain, sebutkan: *...*
32. Penatalaksanaan masalah tersebut: *...*
33. Hasilnya: *...*

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan: *...* gram
35. Panjang: *...* cm
36. Jenis kelamin: *...*
37. Pemberian bayi baru lahir: *...*
38. Bayi lahir:
 - ☐ Normal, tidak ada
 - ☐ Mengeringkan
 - ☐ Menghangatkan
 - ☐ Rangsang bayi
 - ☐ Burung bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Aplikasi ringan pada bahu/leher/kepala/indukan:
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ kebasakan jalan napas
 - ☐ rangsang bayi
 - ☐ menghangatkan
 - ☐ burung bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ lain-lain tindakan: *...*
 - ☐ Cuci tangan, sebutkan: *...*
 - ☐ Hipotermi, tindakan: *...*
39. Pemberian ASI:
 - ☒ Ya, waktu: *...* jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan: *...*
40. Masalah lain, sebutkan: *...*
- Hasilnya: *...*

ibu (nama
tahun) satu
n anak
melahirkan
Pembantu
n sakit

an
awat,
ang

erta
tatan
sialis;

ng
ting
cor

Nomor Registrasi Ibu
 Nomor Urut di Kohort Ibu
 Tanggal menerima buku KIA
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: Bd. Dedy 0878 6077 9323
Rd. Ayu 0821 0788 6113

Nama Ibu: SANTI
 Tempat/Tgl. Lahir: 20 th
 Kehamilan ke: 1 Anak terakhir umur: - tahun
 Agama: Islam
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah: -
 Pekerjaan: Buruh / RT
 No. JKN / BPJS: BPJS

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

Alamat Rumah: Babakan Jua 4/3
 Kecamatan: -
 Kabupaten/Kota: -
 No. Telp. yang bisa dihubungi: -

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

*Lingkari yang sesuai

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

Kehamilan Saat ini

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

= 28-07-2021

Hari Taksiran Persalinan (HTP)

= 05-05-2021

Golongan Darah

= -

Penggunaan Kontrasepsi sebelum hamil

= -

Riwayat Penyakit yang diderita Ibu

= -

Riwayat Alergi

= -

Status Imunisasi Tetanus (T) terakhir

= 72

G...P...F...D...A...D...

TB=10 cm

RIWAYAT OBSTETRI

Kehamilan Ke-	Tahun	Lahir Hidup/ Mati/ Abortus	Lahir Aterm/ Pre Term/ Post Term	Lahir Spontan/ SC/ Lainnya	Berat Lahir (g)/ Panjang Lahir (cm)	Tempat bersalin, tanakos	Kondisi Anak Saat ini	Komplikasi Kehamilan/ Persalinan
1	2020	Hamil	lm					

CATATAN KESIHATAN/BUKUKAMU

Daftar olek Tenaga Kesehatan

No. Urut	Nama Lengkap	Tempat Lahir	Umur	Sex	Relig	Alamat	Tempat Kerja	Alamat Kerja	Tempat Tinggal
1	Bu. Min. Subandono	15	15	L	15/30	15	15	15	15/30
2	Bu. Min. Subandono	14	14	L	14/30	14	14	14	14/30
3	Bu. Min. Subandono	13	13	L	13/30	13	13	13	13/30
4	Bu. Min. Subandono	12	12	L	12/30	12	12	12	12/30
5	Bu. Min. Subandono	11	11	L	11/30	11	11	11	11/30
6	Bu. Min. Subandono	10	10	L	10/30	10	10	10	10/30
7	Bu. Min. Subandono	9	9	L	9/30	9	9	9	9/30
8	Bu. Min. Subandono	8	8	L	8/30	8	8	8	8/30
9	Bu. Min. Subandono	7	7	L	7/30	7	7	7	7/30
10	Bu. Min. Subandono	6	6	L	6/30	6	6	6	6/30
11	Bu. Min. Subandono	5	5	L	5/30	5	5	5	5/30
12	Bu. Min. Subandono	4	4	L	4/30	4	4	4	4/30
13	Bu. Min. Subandono	3	3	L	3/30	3	3	3	3/30
14	Bu. Min. Subandono	2	2	L	2/30	2	2	2	2/30
15	Bu. Min. Subandono	1	1	L	1/30	1	1	1	1/30

CATATAN KESIHATAN/BUKUKAMU

Daftar olek Tenaga Kesehatan

No. Urut	Nama Lengkap	Tempat Lahir	Umur	Sex	Relig	Alamat	Tempat Kerja	Alamat Kerja	Tempat Tinggal
1	Bu. Min. Subandono	15	15	L	15/30	15	15	15	15/30
2	Bu. Min. Subandono	14	14	L	14/30	14	14	14	14/30
3	Bu. Min. Subandono	13	13	L	13/30	13	13	13	13/30
4	Bu. Min. Subandono	12	12	L	12/30	12	12	12	12/30
5	Bu. Min. Subandono	11	11	L	11/30	11	11	11	11/30
6	Bu. Min. Subandono	10	10	L	10/30	10	10	10	10/30
7	Bu. Min. Subandono	9	9	L	9/30	9	9	9	9/30
8	Bu. Min. Subandono	8	8	L	8/30	8	8	8	8/30
9	Bu. Min. Subandono	7	7	L	7/30	7	7	7	7/30
10	Bu. Min. Subandono	6	6	L	6/30	6	6	6	6/30
11	Bu. Min. Subandono	5	5	L	5/30	5	5	5	5/30
12	Bu. Min. Subandono	4	4	L	4/30	4	4	4	4/30
13	Bu. Min. Subandono	3	3	L	3/30	3	3	3	3/30
14	Bu. Min. Subandono	2	2	L	2/30	2	2	2	2/30
15	Bu. Min. Subandono	1	1	L	1/30	1	1	1	1/30

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Kategori pasien

Sejak jam 11

Nama Ibu
Tanggal

Umur 20
Jam 12.30
mulut sejak jam 12.00

G

P

A

D

Alamat

Bukit
No. 123

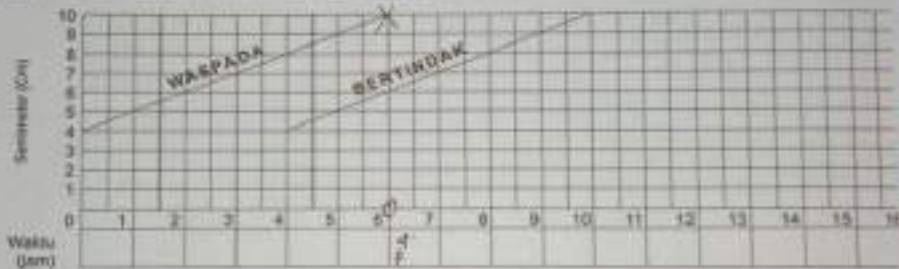
Denyut
Jantung
Jarin
(menit)



Air keruh
Penyusukan



Perubahan tekanan darah ibu x
kurang dari 10 mmHg
kurang dari 10 mmHg



kontraksi
1 menit

< 20.4
20-40.3
> 40.2
dok 1



Obat dan
infus/menit



Obat dan
Caaran IV

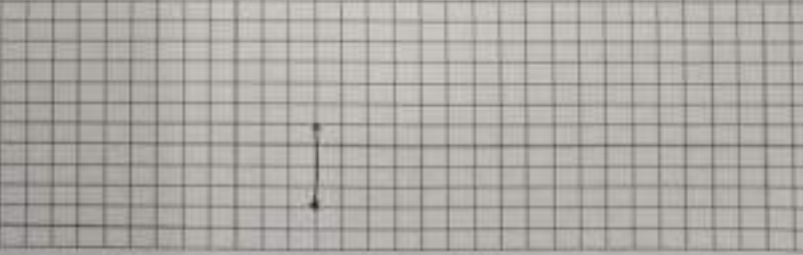


• Nadi

• Nadi

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Tekanan
darah



Suhu

°C



Urin

Protein
Aseton
Volume



CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (Bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sekolah													
Measles B (1st 2A jam)	02/05/21	3.194											
BCG	17/05/21	3.140											
*Polio tetes 1													
*DPT-HB-Jab 1													
*Polio tetes 2													
** PCV 1													
*DPT-HB-Hib 2													
*Polio tetes 3													
** PCV 2													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio tetes 4													
Polio Suntik (IPV)													
Campak-Rubella													
** JE													
** PCV 3													

Bel : 6 - 06 - 2021.
Dpt : 1012.07 - 06-2021

Umur (Bulan)	18	24
Vaksin		
Tanggal Pemberian Imunisasi		
** DPT-HB-Hib (suntik)		
** Gampak Rubella (suntik)		

Isi tabel sesuai dengan pemberian imunisasi rutin lengkap.
Waktu yang masuk dicatatkan untuk pemberian imunisasi rutin lengkap.
Waktu pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap.
Vaksin yang tidak diberikan untuk anak dengan kondisi tertentu.

CATATAN IMUNISASI ANAK

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 15-05-21
 2. Hari/tgl: 01 April
 3. Tempat Persalinan:
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Posyandu ☐ Rumah Dinkes
☐ Rumah Swasta ☐ Lainnya: di rumah keluarga
 4. Alamat tempat persalinan: di rumah keluarga
 5. Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
 6. Alasan merujuk:
 7. Tempat rujukan:
 8. Pendamping pada saat merujuk:
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada: Ya
 10. Masalah lain, sebutkan:
 11. Penatalaksanaan masalah tersebut:
 12. Hasilnya:

KALA II

13. Epidural:
☒ Ya, Indikasi: perineum kaku
☐ Tidak
 14. Pendamping pada saat persalinan:
☒ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
 15. Gawat Jamin:
☐ Ya, Indikasi yang dilakukan:
☐ Tidak
 16. Obstase bahu:
☐ Ya, Indikasi yang dilakukan:
☐ Tidak
 17. Masalah lain, sebutkan:
 18. Penatalaksanaan masalah tersebut:
 19. Hasilnya:

KALA III

20. Lama kala III: 5 menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 U/l:
☒ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan:
 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
☐ Ya, alasan:
☒ Tidak
 23. Perenggangan tali pusat terkendali?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan:

BAYI BARU LAHIR:

24. Masa fundus uteri?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan:
 25. Plasenta lahir lengkap (otot, Ya/Tidak):
☒ Ya, Indikasi yang dilakukan:
☐ Tidak
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya Tidak
☐ Ya, Indikasi:
☐ Tidak
 27. Lacerasi:
☒ Ya, dimana: perineum, derajat: 2
☐ Tidak
☐ Tidak, derajat:
☐ Tidak, derajat:
☐ Tidak, derajat:
 28. Jumlah perdarahan: 120 ml
 29. Masalah lain, sebutkan:
 30. Penatalaksanaan masalah tersebut:
 31. Hasilnya:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	19-20	100/80	89	35.7	2/2 + 2/2	kurang	kurang
2	19-35	110/80	80	38.7	2/2 + 2/2	kurang	kurang
3	19-50	110/80	73	38.7	2/2 + 2/2	kurang	kurang
4	20-05	100/80	79	38.7	2/2 + 2/2	kurang	kurang
5	20-25	100/80	50	39.0	2/2 + 2/2	kurang	kurang
6	21-05	100/80	80	39.0	2/2 + 2/2	kurang	kurang

catatan kala IV:
 penatalaksanaan masalah tersebut:
 hasilnya:

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan HPHT - 21-08-2020

Nama Pemeriksa Tempat Pelayanan Parasit	Tgl	Keluhan	UK (mg)	BB (mg)	TD (mmHg)	LILA (cm)	Tinggi Fundus (cm)
Bd. Hia	07/11	Pp test (+)	10 ² mag	60	110/80	25	-
Bd. Nia	07/12	Awal di Pangs hnt.	19 ⁵ mag	60,2	100/90	25	34 1/2 cm
Bd. Nia	08/12	Mau - awal	18 mag	62	120/80	-	34 1/2 cm
Bd. Nia	08/12	T.A.K	22 ⁵ mag	65	120/90	-	23 cm
Bd. Nia	12/10	T.A.K	28 mag	65,8	110/80	-	25 cm
Bd. Nia	22/14	men pangs Bulan hnt	35 mag	68	100/90	28	30
Bd. Nia	16/05	Ibu mengatakan sakit punggung dan hnt	38 mag	71	120/90	-	32

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Letak Janin (DJ)	Imunisasi	Tablet Tambah Darah	Lab	Analisa	Tata Laksana	Konseling
-	TT ₂	✓	-	610A0 Grav 10 mg	-fe 1x1	-tanda bahaya kehamilan trimester I
Bat B 120°/m		✓	HB 13,2 Hw - fe Sedara	610A0 Grav 14 mg	-fe 1x1 -L 1x1 8/2 -B 1x1 1x1	-Minum air banyak Pangs hnt
Bat B 128°/m		✓		610A0 Grav 10 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-Beri B. B. hnt -B. hnt
Bat B 130°/m		✓		610A0 Grav 22 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-Beri hnt -B. hnt
Kep B 130°/m		✓		610A0 Grav 35 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-kompres hangat
Kep B 140°/m		✓		610A0 Grav 38	-fe 1x1 -L 1x1	-kompres hangat -B. hnt

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Letak Janin (DJ)	Imunisasi	Tablet Tambah Darah	Lab	Analisa	Tata Laksana	Konseling
-	TT ₂	✓	-	610A0 Grav 10 mg	-fe 1x1	-tanda bahaya kehamilan trimester I
Bat B 120°/m		✓	HB 13,2 Hw - fe Sedara	610A0 Grav 14 mg	-fe 1x1 -L 1x1 8/2 -B 1x1 1x1	-Minum air banyak Pangs hnt
Bat B 128°/m		✓		610A0 Grav 10 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-Beri B. B. hnt -B. hnt
Bat B 130°/m		✓		610A0 Grav 22 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-Beri hnt -B. hnt
Kep B 130°/m		✓		610A0 Grav 35 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-kompres hangat
Kep B 140°/m		✓		610A0 Grav 38	-fe 1x1 -L 1x1	-kompres hangat -B. hnt

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Letak Janin (DJ)	Imunisasi	Tablet Tambah Darah	Lab	Analisa	Tata Laksana	Konseling
-	TT ₂	✓	-	610A0 Grav 10 mg	-fe 1x1	-tanda bahaya kehamilan trimester I
Bat B 120°/m		✓	HB 13,2 Hw - fe Sedara	610A0 Grav 14 mg	-fe 1x1 -L 1x1 8/2 -B 1x1 1x1	-Minum air banyak Pangs hnt
Bat B 128°/m		✓		610A0 Grav 10 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-Beri B. B. hnt -B. hnt
Bat B 130°/m		✓		610A0 Grav 22 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-Beri hnt -B. hnt
Kep B 130°/m		✓		610A0 Grav 35 mg	-fe 1x1 -L 1x1	-kompres hangat
Kep B 140°/m		✓		610A0 Grav 38	-fe 1x1 -L 1x1	-kompres hangat -B. hnt

Nomor Registrasi Ibu
Nomor Urut di Kohort Ibu
Tanggal menerima buku KIA
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: *Dr. Nen*
Bd. Karia

Nama Ibu: *Murni*
Tempat/Tgl. Lahir: *21 Tahun*
Kehamilan ke: *1* Anak terakhir umur: *—* tahun
Agama: *Islam*
Pendidikan: *Tidak Sekolah / SD / SMP / SMU / Akademi / Perguruan Tinggi*
Golongan Darah: *—*
Pekerjaan: *IRT*
No. JKN / BPJS: *—*

Nama Suami: *Heri*
Tempat/Tgl. Lahir: *23 Tahun*
Agama: *Islam*
Pendidikan: *Tidak Sekolah / SD / SMP / SMU / Akademi / Perguruan Tinggi*
Golongan Darah: *—*
Pekerjaan: *Pengemudi Bus*

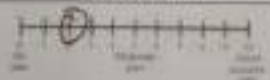
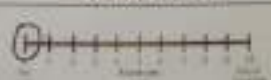
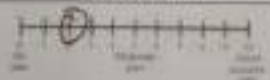
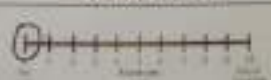
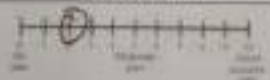
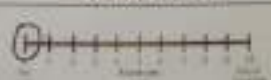
Alamat Rumah: *Panahai*
Kecamatan: *Puteh*
Kabupaten/Kota: *Bancong*
No. Telp. yang bisa dihubungi:

Nama Anak: L/P*
Tempat/Tgl. Lahir:
Anak Ke: *1* dari anak
No. Akte Kelahiran:
No. JKN / BPJS:

* Lingkari yang sesuai

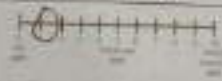
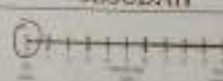
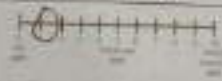
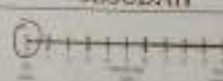
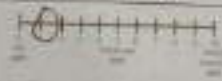
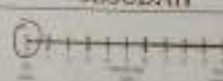
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isi dari skala nyeri yang anda rasakan, sesuaikan dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	30 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	Murni				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

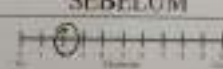
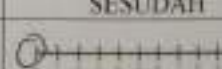
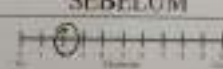
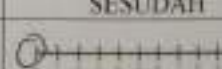
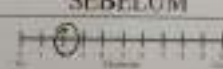
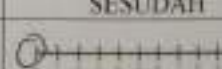
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DAN LATI MAJALAYA.

(Tingkat skala nyeri yang dirasakan sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	2 - 02 - 21				
NAMA RESPONDEN	Mumi				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti digigit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri				
	PRISM REASSESSMENT SCALE 				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>  </td> <td>  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Tinglari skala nyeri yang anda rasakan, sesuaikan dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	1 - 05 - 21				
NAMA RESPONDEN	Murni				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

PERMOHONAN RESPONDEN DALAM PENGAMBILAN KASUS

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Rissa Irianti

NIM : CK 1.18.046

Asal institusi: Program studi D III kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Mengajukan Permohonan Kepada Ibu:

Nama : (Mawati)

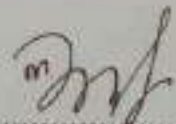
Umur : 24

Alamat : Rencabatu

Untuk bersedia menjadi responden (Klien) dalam Asuhan berkelanjutan untuk Laporan Tugas Akhir Mahasiswa di program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana dengan rincian :

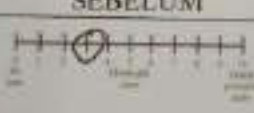
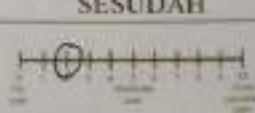
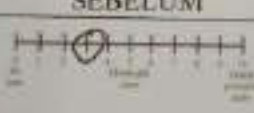
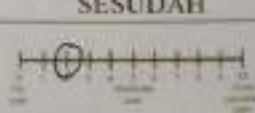
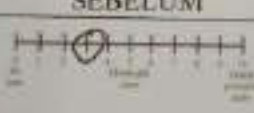
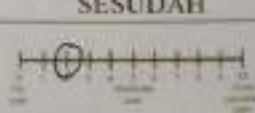
1. Asuhan kehamilan: Mulai umur kehamilan minimal 35 minggu sebanyak 4 kali
 2. Asuhan Persalinan: Sebanyak 1 kali saat proses persalinan
 3. Asuhan Nifas: Sebanyak 3 kali, Yaitu saat 6 jam - 3 hari, hari ke 4 - 28, setelah melahirkan dan hari ke 29 - 42 hari setelah melahirkan.
 4. Asuhan Neonatus (Bayi Baru lahir): Sebanyak 3 kali yaitu 6-48 jam setelah lahir, hari ke 3-7 setelah lahir, dan hari ke 8-28 setelah lahir
 5. Asuhan keluarga berencana: Sebanyak 2 kali yaitu saat kunjungan masa nifas
- Demikian surat permohonan ini saya buat, atas perhatian nya saya ucapkan terima kasih.

Bandung, 5 Maret 2021

(.....)

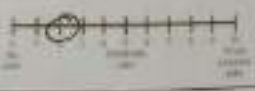
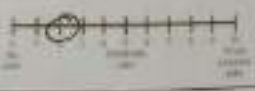
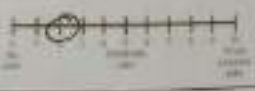
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isilah skala nyeri yang dialami, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	20-02-20				
NAMA RESPONDEN	Mum's				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>  </td> <td>  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

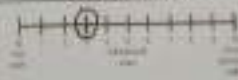
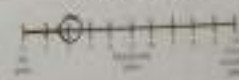
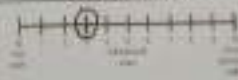
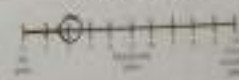
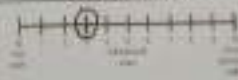
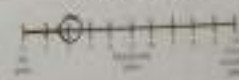
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(lingkari skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	28.04.21				
NAMA RESPONDEN	Murni				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa ditiadakan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

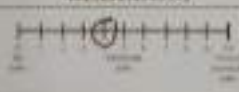
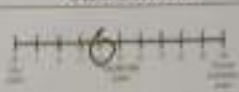
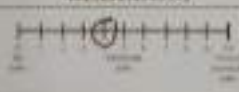
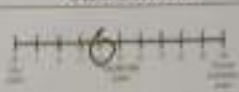
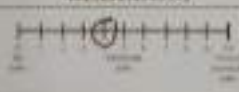
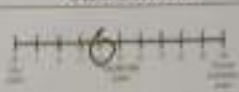
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(lingkari skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	29 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	Murni				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isilah skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	26 - 4 - 21				
NAMA RESPONDEN	CAUTU				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

Persetujuan Responden dalam Pengambilan Kasus

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Murni

Umur : 23

Alamat : Rorua Villa

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden (klien) dalam asuhan berkelanjutan untuk Laporan Tugas Akhir mahasiswa di Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana dengan rincian :

1. Asuhan kehamilan : Mulai umur kehamilan minimal 35 minggu sebanyak 4 kali
2. Asuhan Persalinan : Sebanyak 1 kali saat proses persalinan
3. Asuhan Nifas : Sebanyak 3 kali, yaitu saat yaitu 6 jam-3 hari, hari ke 4-28 hari setelah melahirkan dan hari ke 29-42 hari setelah melahirkan
4. Asuhan Neonatus (Bayi Baru Lahir) : Sebanyak 3 kali, yaitu 6-48 jam setelah lahir, hari ke 3-7 setelah lahir, dan hari ke 8-28 setelah lahir
5. Asuhan Keluarga Berencana : Sebanyak 2 kali yaitu saat kunjungan masa nifas

Demikian surat pernyataan ini saya buat secara sukarela, dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Bandung, 5 Maret 2020

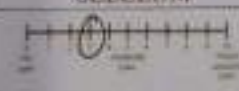
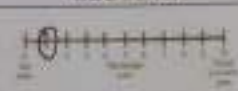
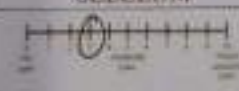
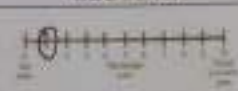
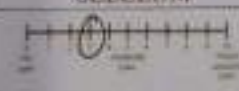
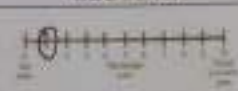


(.....)



LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Tingkat skala nyeri yang disarankan, sesuai dengan ketuntasan ketuntasan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	27-04-21				
NAMA RESPONDEN	Bika				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Isi bagian skala nyeri yang anda rasakan, sesuaikan dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	07 - 05 - 21				
NAMA RESPONDEN	R/CA				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">SEBELUM</th> <th style="width: 50%;">SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

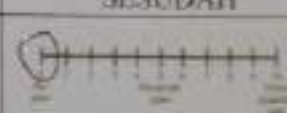
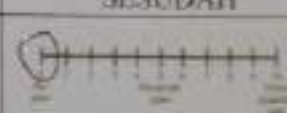
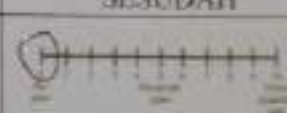
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES BANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIAH MAJALAYA

1. Angkat skala nyeri yang ada dibawah, sesuai dengan ketertarikan ketidangan skala nyeri

WAKTU PEMERIKSAAN	01 - 08 - 21				
NAMA RESPONDEN	Rika				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa ditiadakan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri RAPI MEASUREMENT SCALE  <table border="1"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(Bagian skala nyeri yang ada rasakan, simulasikan dengan keterangan-keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	30.04.21				
NAMA RESPONDEN	Beko				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

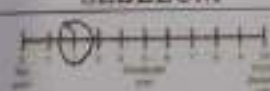
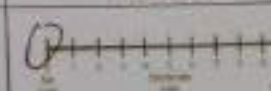
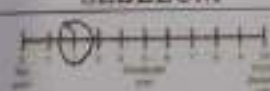
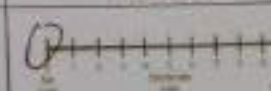
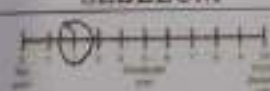
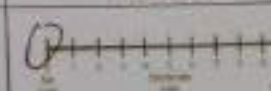
LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIHERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(lingkari skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	2023-07-21				
NAMA RESPONDEN	Rina				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa diabaikan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(lingkari skala nyeri yang anda rasakan, sesuaikan dengan keterangan keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	28-04-21				
NAMA RESPONDEN	Rifa				
DIAGNOSA					
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

Kehamilan Saat ini

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) = 19-08-2020
 Hari Taksiran Persalinan (HTP) = 26-08-2021
 Golongan Darah = -
 Penggunaan Kontrasepsi sebelum hamil = IUD
 Riwayat Penyakit yang diderita Ibu = -
 Riwayat Alergi = -
 Status Imunisasi Tetanus (T) terakhir = -
 G.....P.....A.....

TB= cm

RIWAYAT OBSTETRI

Kehamilan Ke-	Tahun	Lahir Hidup/ Mati/ Abortus	Lahir Aterm/ Pre Term/ Post Term	Lahir Spontan/ SC/ Lainnya	Berat Lahir (g)/ Panjang Lahir (cm)	Tempat bersalin, tenakes	Kondisi Anak Saat ini	Komplikasi Kehamilan/ Persalinan
20/0	06/06	Hidup	06/06	Spontan Bidan	BG. 3000 PB. 50cm	Bidan	H	-
220								

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN SKALA NYERI PUNGGUNG
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III SEBELUM DAN SETELAH
DIBERIKAN ASUHAN NON FARMAKOLOGI KOMPRES HANGAT
DI PMB BIDAN NIA DANIATI MAJALAYA.

(lingkari skala nyeri yang anda rasakan, sesuai dengan keterangan-keterangan skala nyeri)

WAKTU PEMERIKSAAN	26 - 09 - 21				
NAMA RESPONDEN	Rifka				
DIAGNOSA	S2D1 P0				
SKALA NYERI	Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi Skala 4, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa ditiadakan dalam waktu lama Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri PAIN MEASUREMENT SCALE  <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEBELUM</th> <th>SESUDAH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> </tbody> </table>	SEBELUM	SESUDAH		
SEBELUM	SESUDAH				
					
FREKUENSI NYERI					

PERMOHONAN RESPONDEN DALAM PENGAMBILAN KASUS

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rissa Irtani

NIM : CK.1.14.046

Asal institusi: Program studi DIII kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti
Kencana Mengajukan Permohonan Kepada Ibu:

Nama : Riva

Umur : 31

Alamat : Pangser-

Untuk bersedia menjadi responden (Klien) dalam Asuhan berkelanjutan untuk Laporan
Tugas Akhir Mahasiswa di program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Bhakti Kencana dengan rincian:

1. Asuhan kehamilan: Mulai umur kehamilan minimal 35 minggu sebanyak 4 kali
 2. Asuhan Persalinan: Sebanyak 1 kali saat proses persalinan
 3. Asuhan Nifas: Sebanyak 4 kali, Yaitu saat 6 jam - 3 hari, hari ke 4 - 28, setelah melahirkan dan hari ke 29 - 42 hari setelah melahirkan.
 4. Asuhan Neonatus (Bayi Baru lahir): Sebanyak 3 kali yaitu 6-48 jam setelah lahir, hari ke 3-7 setelah lahir, dan hari ke 8-28 setelah lahir
 5. Asuhan keluarga berencana: Sebanyak 2 kali yaitu saat kunjungan masa nifas
- Demikian surat permohonan ini saya buat, atas perhatian nya saya ucapkan terima kasih.

Bandung, Maret 2021



(.....)

PERSETUJUAN RESPONDEN DALAM PENGAMBILAN KASUS

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Rika

Umur : 36

Alamat : PANGLAJI

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden (klien) dalam asuhan berkelanjutan untuk Laporan Tugas Akhir mahasiswa di Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana dengan rincian :

1. Asuhan kehamilan : Mulai umur kehamilan minimal 35 minggu sebanyak 4 kali
2. Asuhan Persalinan : Sebanyak 1 kali saat proses persalinan
3. Asuhan Nifas : Sebanyak 3 kali, yaitu saat yaitu 6 jam-3 hari, hari ke 4- 28 hari setelah melahirkan dan hari ke 29-42 hari setelah melahirkan
4. Asuhan Neonatus (Bayi Baru Lahir) : Sebanyak 3 kali, yaitu 6-48 jam setelah lahir, hari ke 3-7 setelah lahir, dan hari ke 8-28 setelah lahir
5. Asuhan Keluarga Berencana : Sebanyak 2 kali yaitu saat kunjungan masa nifas

Demikian surat pernyataan ini saya buat secara sukarela, dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Bandung, , Maret 2020


(.....)

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Diisi oleh Tenaga

280

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 15-05-21

2. Nama Nidam: di kofon

3. Tempat Persalinan:

☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Poliklinik ☐ Rumah Sakit ☐ Lainnya: di rumah Nidam

4. Alamat tempat persalinan: di rumah Nidam

5. Catatan: ☐ ruguk, kalsi 1/2/3/4/5

6. Alasan merujuk:

7. Tempat rujukan:

8. Pendamping pada saat merujuk:

☐ Suami ☐ Teman ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada: Ya

10. Masalah lain, sebutkan:

11. Penatalaksanaan masalah Tab:

12. Hasilnya:

KALA II

13. Episiotomi:

☒ Ya, indikasi: perineum kaku ☐ Tidak

14. Pendamping pada saat persalinan:

☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada ☐ Keluarga ☐ Dukun

15. Gawat Jinat:

☐ Ya, tindakan yang dilakukan:

a. Tidak

b. Tidak

c. Tidak

16. Obat-obatan:

☐ Ya, tindakan yang dilakukan:

a. Tidak

b. Tidak

c. Tidak

17. Masalah lain, sebutkan:

18. Penatalaksanaan masalah tersebut:

19. Hasilnya:

KALA III

20. Lama kala III: 5 menit

21. Pemberian Oksitosin 10 U/ml:

☒ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan ☐ Tidak, alasan:

22. Pemberian ulang Oksitosin (2x):

☐ Ya, alasan: Tidak ☒ Tidak

23. Penegangan tali pusat terkendali:

☒ Ya ☐ Tidak, alasan:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	19-20	100/80	89	36.2	20-25 cm	kuat	terisi	10 ml
2	19-35	110/80	80		25-30 cm	kuat	terisi	10 ml
3	19-50	110/80	78		25-30 cm	kuat	terisi	10 ml
4	20-05	110/80	78		25-30 cm	kuat	terisi	10 ml
5	20-20	110/80	80	37.0	25-30 cm	kuat	terisi	10 ml
6	21-05	110/80	80		25-30 cm	kuat	terisi	10 ml

catatan kala IV:

penatalaksanaan masalah tersebut:

hasilnya:

24. Masalah lain, sebutkan:

☒ Ya, tindakan: di rumah Nidam ☐ Tidak, alasan:

25. Pasien lahir lengkap (Ya/Tidak):

Ya ☐ Tidak, alasan: Tidak

26. Pasien tidak lahir > 30 menit: Ya ☒ Tidak

☐ Ya, tindakan:

a. Tidak

b. Tidak

c. Tidak

27. Lahirkan:

☒ Ya, dimana: di rumah Nidam ☐ Tidak

28. Jika lahir perineum, derajat: 1/2/3/4

☒ Tidak ☐ Perineal, derajat: 1/2/3/4

☐ Tidak, alasan: Tidak

29. Ateri uteri:

☐ Ya, tindakan:

a. Tidak

b. Tidak

c. Tidak

30. Jumlah pendarahan: 120 ml

31. Masalah lain, sebutkan:

32. Penatalaksanaan masalah tersebut:

33. Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan: 3.000 gram

35. Panjang: 50 cm

36. Jarak kelamin: 1/2

37. Penilaian bayi baru lahir: baik ada penyakit

38. Bayi lahir:

☒ Normal, tindakan:

☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang baki

☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu

☐ Aspilek ringan/pucat/biru/lemas/tindakan:

☐ mengeringkan ☐ betakan jalan napas ☐ rangsang baki ☐ menghangatkan ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ lain-lain sebutkan:

☐ Cuci bersih, sebutkan:

☐ Hipertermi, tindakan:

a. Tidak

b. Tidak

c. Tidak

39. Pemberian ASI:

☒ Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir ☐ Tidak, alasan:

40. Masalah lain, sebutkan:

Hasilnya:

[illegible]





RIMAYAT OBSTETRI

[illegible]

BIDAN PRAKTEK MANDIRI

NIA DANIATI., AM.Keb

NO. SIP : 440/227.XII.15-Bdn/DINKES

ALAMAT : Jl. Olahraga Suka Mantri, Kecamatan Paseh – Kabupaten Bandung

Nomor : 001/BPM/ND/2021
Hal : Persetujuan Izin Penelitian
Lampiran : -

Berdasarkan surat permohonan Izin penelitian atas nama dibawah ini :

Nama : Rissa Irianti
NPM : CK118046
Judul : ASUHAN TERINTEGRASI PADA IBU HAMIL GRAVIDA 35 MINGGU YANG MENGALAMI NYERI PUNGGUNG BAWAH DENGAN PEMBERIAN KOMPRES HANGAT BANTAL ELEKTRIK, PERSALINAN, NIFAS, BBL DI PMB BIDAN N

Diketahui benar telah melakukan penelitian dan praktek di BPM Bidan Nia D selama 4 bulan di mulai tanggal 30 November 2020 sampai 20 Maret 2021 dengan baik.

Demikian surat ini kami buat, semoga dapat dipergunakan dengan seperhunya, terimakasih.

Bandung, 11 Januari 2021



NIA DANIATI., A.Md.Keb

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 1

NAMA : Rissa Irianti

NIM : CK118046

NAMA PEMBIMBING : Iceu Mulyati, M.Keb

NO	TGL	KONSUL	SARAN DAN PERBAIKAN	TTD PEMBIMBING
1	16 juli 2021	LTA BAB 4-6	1. Penulisan judul, lembar pengesahan dan persetujuan 2. BAB 5 Secara teori bagaimana proses pengurangan nyeri 3. Bab 5 masukan gasil intervensinya, contoh responden sebelum dan sesudah diberikan asuhan	
2	22 juli 2021	Perbaikan BAB 4-6	ACC	

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 2

NAMA : Rissa Irianti

NIM : CK118046

NAMA PEMBIMBING : Meda Yuliani, M. Kes, S.ST, Amd.Keb

				TTD
NO	TGL	KONSUL	SARAN DAN PERBAIKAN	PEMBIMBING
				G
1	15 juni 2021	Penulisan BAB 4	Menjelaskan tentang soap komprehensif	
			• Penulisan di perbaiki	
2	03 juli 2021	LTA BAB 4-6	• Penulisan di setiap analisa harus di lengkapi • Memperjelas kembali pada bagian BAB 5 tentang intervensi yang diberikan	
3	15 juli 2021	Perbaikan BAB 4 dan 5	1. Melengkapi draf 2. Membuat abstrak	

21
4 juli Perbaikan
2021

ACC

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. H. H. H.', located in the top right corner of the page.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



IDENTITAS DIRI

Bahwa yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rissa Irianti

Umur : 21

TTL : Subang, 18 Desember 2000

Agama : Islam

Alamat : kp. Cikupa RT/RW 21/06, Desa. Cirangkong, Kec. Cijambe,
Kab. Subang, Kab. Subang

No. Telpon : 082127886513

Email : rissairianti5@gmail.com

PENDIDIKAN

- | | | |
|---|----------------------------|-------------|
| 1 | MI Miftahul Ulum Cikupa | (2006-2012) |
| 2 | Mts Miftahul Ulum Cikupa | (2012-2015) |
| 3 | SMK Bhakti Kencana Subang | (2015-2018) |
| 4 | Universitas Bhakti Kencana | (2018-2021) |

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN TERINTEGRASI PADA IBU HAMIL GRAVIDA 35 MINGGU

**YANG MENGALAMI NYERI PUNGGUNG BAWAH DENGAN
PEMBERIAN KOMPRES HANGAT BANTAL ELEKTRIK,
PERSALINAN, NIFAS, BBL DI PMB BIDAN N**

NILAI TURNITIN

BUKTI ACC DOSEN

