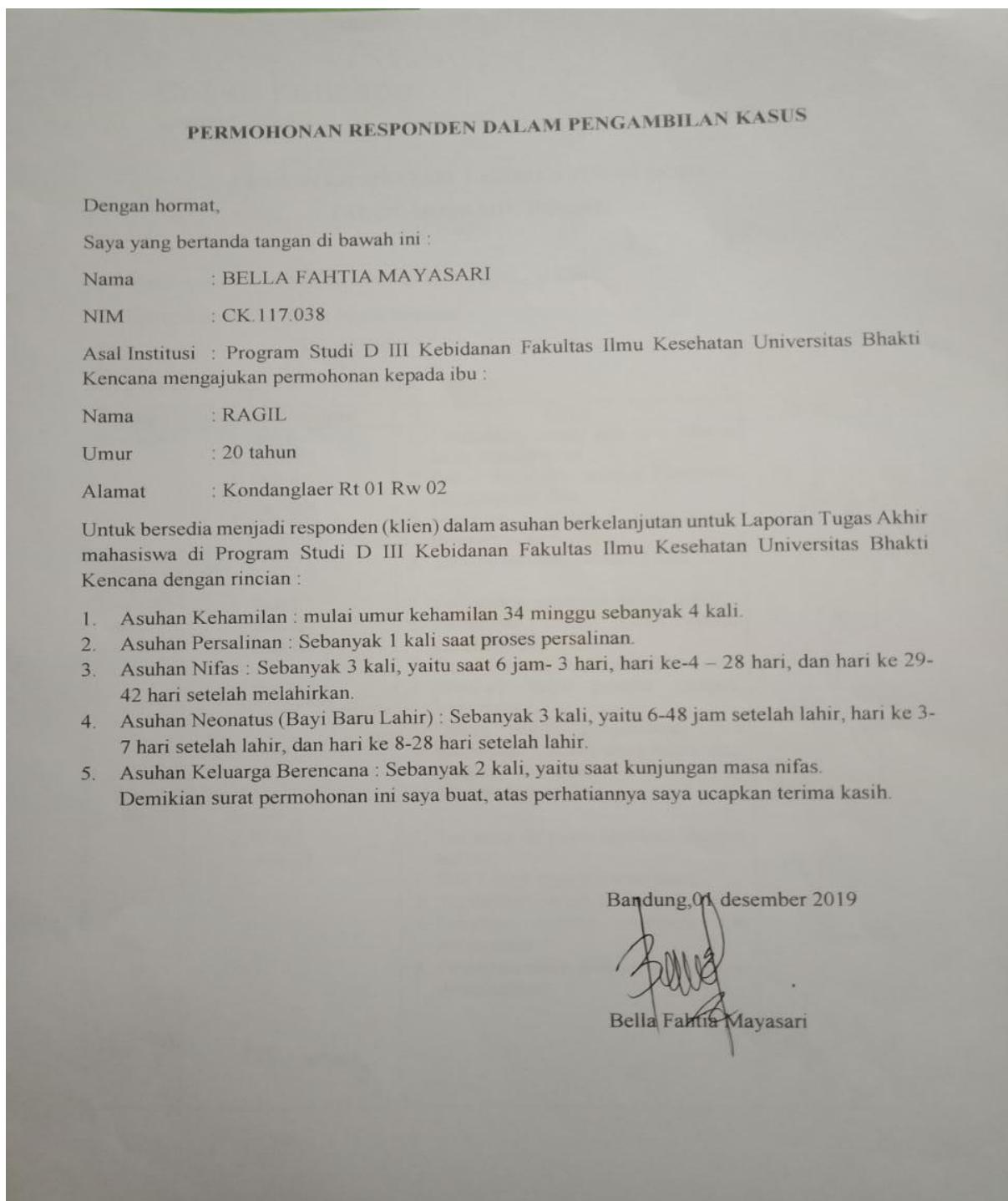


LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Responden



Lampiran 2 Persetujuan Responden

PERSETUJUAN RESPONDEN DALAM PENGAMBILAN KASUS

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : RAGIL

Umur : 20 Tahun

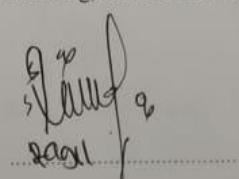
Alamat : Kondanglaer Rt 01 Rw 02

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 Bandung dengan rincian:

1. Asuhan Kehamilan : mulai umur kehamilan 34 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 hari, 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 hari setelah lahir, dan hari ke 8-28 hari setelah lahir.
5. Asuhan Keluarga Berencana : Sebanyak 2 kali, yaitu saat kunjungan masa nifas.

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

Bandung, 01 desember 2019


ragil

Lampiran 3 Lembar Wawancara

FORMAT WAWANCARA

A. Anamnesa (Data Subjektif)

1. Biodata / Identitas

Nama Klien	: Ny. Rasyit	Nama Suami	: Tn. Asep
Umur	: 20 thn	Umur	: 22 thn
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/kebangsaan	: Sunda	Suku/kebangsaan	: Sunda
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Penghasilan	: -	Penghasilan	: 2.800.000/bulan
Alamat Rumah	Jl. Sanjaya, Kondong Luer, Kancatek		
Telp	0818480800		
2. Keluhan utama

Ibu menatalan melalui mules-mules sejak puluh dua minggu lalu mengatakan belum keluar air-air dan lendir, sebaliknya janin masih dirasakan ibu
3. Tanda-tanda persalinan
 - a. Kontraksi uterus sejak tanggal
Kekuatan : kuat/ sedang/lemah
Lokasi ketidaknyamanan di : perut bagian bawah sampai ke bokong belakang
 - b. Pengeluaran per vaginam
Lendir darah : ya/ tidak
Air ketuban : ya/ tidak, banyaknya cc, warna
Darah : ya/ tidak, banyaknya 2cc, warna merah segar
4. Riwayat Kehamilan Sekarang
 - a. HPHT : 05-04-2019
 - b. Tapsiran Persalinan : 10-01- 2020
 - c. Menarche umur : 13 tahun, nulis 20 hari, lama 5-6 hari
banyaknya 3 kali santi pembalut
 - d. ANC : rutin, 10 kali di puskesmas dan posyandu

e. Riwayat merokok/ minum-minuman keras/ minum jamu ya/tidak tidak

f. Imunisasi TT 1 : ya/tidak :

Imunisasi TT 2 : ya/tidak :

Imunisasi TT 3 : ya/tidak :

5. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir okali

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Hamil Ke	Tahun Partus	Usia Keha- mila- n	Jenis Persali- nan	Penol- ong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
					Ibu	Janin	Jenis Kelamin	B.B Lahir	Laktasi	Komplikasi
<u>hamil ini</u>										

7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Ibu menyatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi apapun

8. Riwayat Penyakit Sistematik Yang Pernah Diderita Atau Sedang Diderita

- a. Penyakit Jantung : Pernah / Tidak Pernah / Sedang Diderita
- b. Penyakit Ginjal : Pernah / Tidak Pernah / Sedang Diderita
- c. Penyakit Asthma : Pernah / Tidak Pernah / Sedang Diderita
- d. Penyakit Hepatitis : Pernah / Tidak Pernah / Sedang Diderita
- e. Penyakit DM : Pernah / Tidak Pernah / Sedang Diderita
- f. Epilepsi : Pernah / Tidak Pernah / Sedang Diderita

9. Riwayat Operasi : tidak ada

10. Riwayat Penyakit Keturunan

- a. DM : tidak ada
- b. Epilepsi : tidak ada
- c. Jantung : tidak ada
- d. Asthma : tidak ada
- e. Kelainan jiwa : tidak ada

11. Keturunan Kembar : tidak ada

12. Kebiasaan Sehari-hari

- | | |
|---|--------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Makan | : 3 kali / hari |
| <input checked="" type="checkbox"/> Istirahat | : 8-9 jam / 24 jam |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mandi | : 2 kali / hari |
| <input checked="" type="checkbox"/> BAB | : 1 kali |
| <input checked="" type="checkbox"/> BAK | : 5-6 kali |

13. Keadaan Psiko Sosio Spiritual/ kesiapan menghadapi proses persalinan

Ibu mengatakan walaup merasa cemas dan takut persalinannya tetapi keluarga tetap memberikan dukungan dan semangat ibu bisa telah mempersiapkan persalinannya seperti baju dan peralatan bayinya.

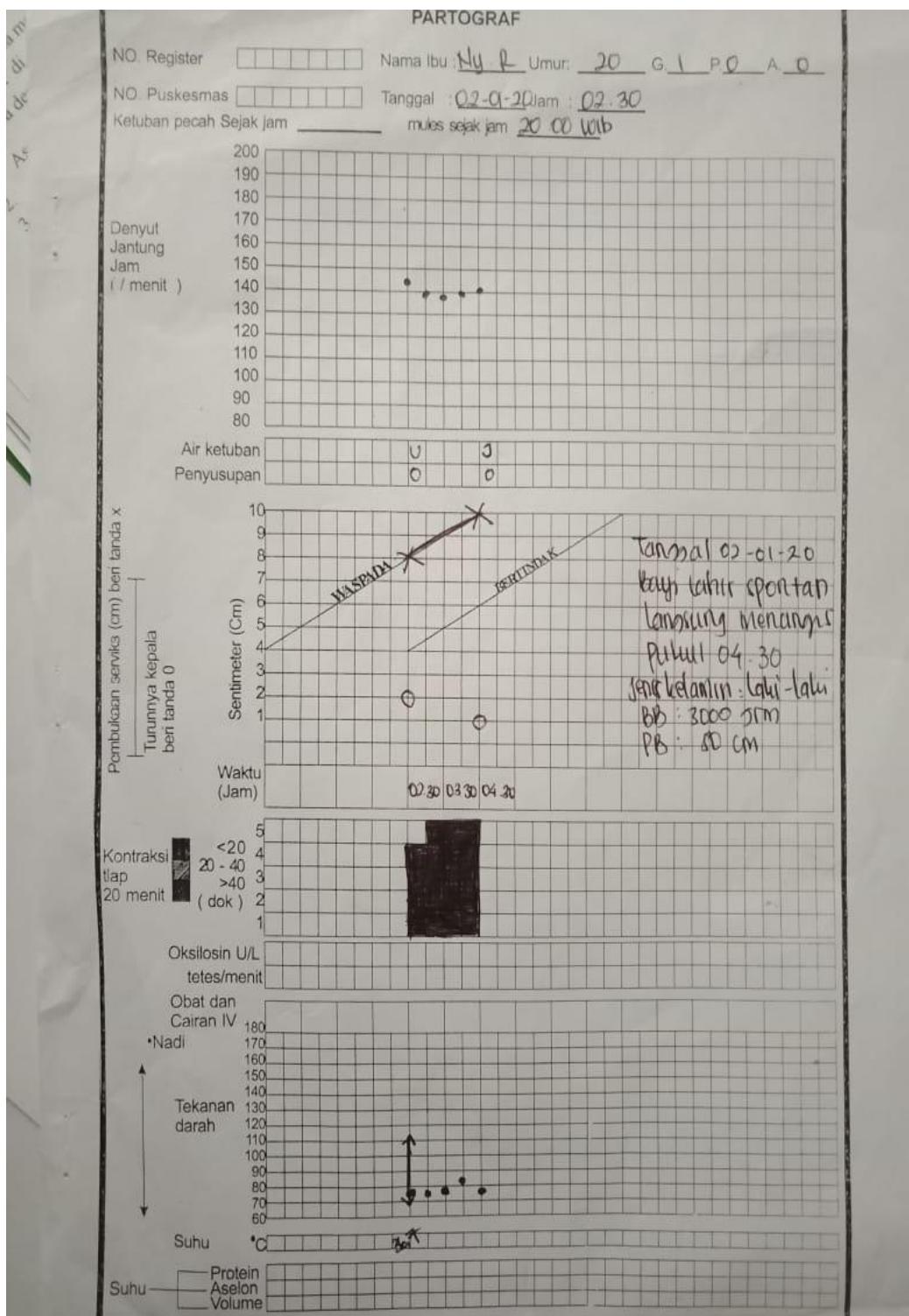
Lampiran 4 Lembar Observasi

Lampiran 5 buku KIA

Nomor Registrasi Ibu	:																						
Nomor Urut di Kohort Ibu	:																						
Tanggal menerima buku KIA	:																						
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan	:																						
IDENTITAS KELUARGA																								
Nama Ibu	:	<i>Perenil</i>																						
Tempat/Tgl. lahir	:	<i>20/</i>																						
Kehamilan ke	:	<i>1</i> , Anak terakhir umur: tahun																						
Agama	:	<i>Islam</i>																						
Pendidikan	:	Tidak Sekolah/SD/ <u>SMP</u> /SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*																						
Golongan Darah	:	<i>III-T</i>																						
Pekerjaan	:																						
No. JKN	:																						
Nama Suami	:	<i>Asep</i>																						
Tempat/Tgl. lahir	:	<i>27/</i>																						
Agama	:	<i>Islam</i>																						
Pendidikan	:	Tidak Sekolah/SD/SMP/ <u>SMU</u> /Akademi/Perguruan Tinggi*																						
Golongan Darah	:	<i>ABO</i>																						
Pekerjaan	:	<i>peloncok</i>																						
Alamat Rumah	:	<i>Kandang leher 2/4 DS. Semerung</i>																						
Kecamatan	:	<i>PCU</i>																						
Kabupaten/Kota	:	<i>Bdg</i>																						
No. Telp. yang bisa dihubungi	:																						
Nama Anak	: L/P*																						
Tempat/Tgl. Lahir	:																						
Anak Ke	: dari anak																						
No. Akte Kelahiran	:																						
* Lingkari yang sesuai																								
2																								
<table border="1"> <tr> <td>tiap</td> <td>20 menit</td> </tr> <tr> <td>Oksitosin U/L</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>tetes/menit</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Obat dan</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Cairan IV</td> <td>160</td> </tr> <tr> <td>Nadi</td> <td>170</td> </tr> <tr> <td></td> <td>160</td> </tr> <tr> <td></td> <td>150</td> </tr> <tr> <td></td> <td>140</td> </tr> <tr> <td></td> <td>130</td> </tr> <tr> <td></td> <td>120</td> </tr> </table>			tiap	20 menit	Oksitosin U/L	tetes/menit	Obat dan	Cairan IV	160	Nadi	170		160		150		140		130		120
tiap	20 menit																							
Oksitosin U/L																							
tetes/menit																							
Obat dan																							
Cairan IV	160																							
Nadi	170																							
	160																							
	150																							
	140																							
	130																							
	120																							

Diiisi oleh petugas kesehatan							
Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal <u>5 - 4 - 12</u> Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal <u>10 - 1 - 20</u> Lingkar Lengan Atas 13,5 cm, KEK (-), Non KEK (-) Tinggi Badan: cm Golongan Darah: <u>A+1</u> Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini <u>tak ada</u> Riwayat Penyakit yang diderita ibu: <u>tak</u> Riwayat Alergi: <u>tak</u>							
Diiisi oleh petugas kesehatan							
Hamil ke <u>1</u> , Jumlah persalinan <u>1</u> , Jumlah keguguran <u>0</u> , P.O. <u>16</u> . Jumlah anak hidup <u>1</u> , Jumlah lahir mati <u>0</u> . Jumlah anak lahir kurang bulan <u>0</u> , anak <u>0</u> . Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir <u>112</u> [bulan/tahun]. Status imunisasi TT terakhir <u>T12</u> [bulan/tahun]. Penolong persalinan terakhir: <u>[] Spontan/Normal [] Tindakan</u> <small>Cara persalinan terakhir: <u>[] Spontan/Normal [] Tindakan</u></small>							
* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai							
Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
2/10/12	MUAL	100/70	53	12 minggu	27 cm 548	Bell	-
3/10/12	Pusing	90/70	55	16 minggu	12 cm -PS	Bell	130/m
8/10/12	Pusing	100/70	56	19 minggu	Rektos sumpst	Bal	(+) RER (38*)/m
3/9/12	T. a. k	120/80	60,2	25 ming 5 hari	20cm	Bell	(+) RER 140
10/10/12	T. a. k	110/60	65,2	25 ming 6 hari	15cm	Kep	pen 136
11/10/12	Salut (Penyumbut) deafineur	100/70	66,3	26 ming	26cm	Kep	140
29/10/12	Salut (Penyumbut)	100/70	68	24 ming	27cm	Kep	132/m
1/11/12	T. a. k	110/80	70,1	36 ming	28cm	Kep	146/m
24	T. a. k	110/70	71,6	37 ming	29cm	Kep	142/m
31	T. a. k	110/70	72,4	38 ming	29cm	LL	128/m

Lampiran 6 patograf



Catatan Persalinan

Tanggal 02-01-2020
Nama Bidan Bidan

Tempat persalinan:
 Rumah Ibu
 Poliklinik
 Klinik Swasta
 Spesialitas
 Rumah Sakit
 Lainnya _____

Alamat persalinan:
 Rumah Ibu / B / III / IV
 Catarai / Bungk. kala
 Alasan menuruk:
 Terlalu banyak
 Pendamping pada saat melahirkan:
 Suami
 Keluarga
 Teman
 Dokter
 Tidak ada

KALAI:
 Panjang melewati garis waspadा ✓
 Masalah lain, sebutkan _____
 Persalinan masalah tsb _____
 Hasilnya _____

KALAH:
 Episiotomi
 Ya, tidak
 Tidak
 Perselingkuhan saat persalinan
 Ya, tidak
 Tidak
 Ketika
 Dokter
 Gatal, jantung
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a
 b
 c
 Tidak
 Diketahui bahwa
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a
 b
 c
 Tidak
 Masalah lain sebutkan
 Perutalaksanaan masalah tersebut
 Hasilnya _____

KALAH III:
 Lama kala III menit
 Pemberian Oksitosin 10 U/ml
 waktu 1 menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan _____
 Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan _____
 Tidak
 Penginginan tak puas kendali ?
 Ya, alasan _____
 Tidak, alasan _____

KALAH IV:

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi		Tinggi Fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	04.50	110 / 90	82	36,5	2 sati dibawah psi	keras	kosong	Normal
	05.05	110 / 70	80	[redacted]	2 jari dibawah psi	keras	kosong	Normal
	05.20	110 / 90	80	[redacted]	2 sati dibawah psi	keras	kosong	Normal
	05.35	110 / 80	80	[redacted]	2 jari dibawah psi	keras	kosong	Normal
2	06.05	120 / 70	82	36,5	2 jari dibawah psi	keras	kosong	Normal
	06.35	120 / 70	82	[redacted]	2 sati dibawah psi	keras	kosong	Normal

Masalah kala IV

24. Masave langkah uterus ?

 Tidak, alasan _____

25. Plasenta lahir lengkap (integ) a. Tidak
 Jika tidak lengkap, maka tindakan yang dilakukan
 a. _____
 b. _____
 c. _____

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 a. _____
 b. _____
 c. _____

27. Laserasi:
 Ya, dimana _____
 Tidak _____

28. Jika laserasi perineum, derajat : 1
Tindakan :
 Pengalutan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahi, alasan _____

29. Atoni uterus:
 Ya, tindakan _____
 a. _____
 b. _____
 Tidak, + 100 ml

30. Jumlah pendarahan: 3000 ml, grann
31. Masalah lain, sebutkan: _____

32. Perutalaksanaan masalah tersebut: _____

33. Hasilnya: _____

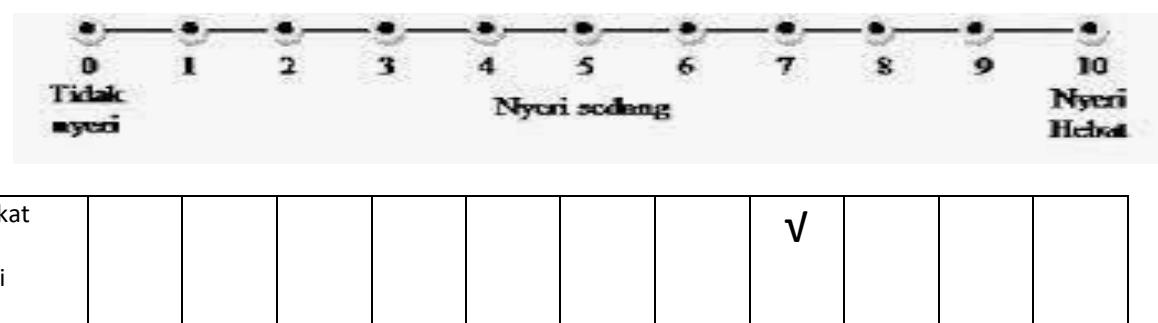
BAYAR BARU LAHIR:
34. Berat badan: 3000 gm, grann
35. Panjang: 50 cm
36. Jenis kelamin: L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyakit
38. Bayi lahir:
 normal, tindakan _____
 mengeringkan
 menghangatkan
 langsung taktik
 bungkus bayi dan tempelkan di sisi ibu
 Aspek ringan/pucat/buru/lemas/tindakan _____
 mengeringkan
 bebaikan jalan napas
 langsung taktik
 menghangatkan
 bungkus bayi dan tempelkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan _____
 Cacat bawaan, sebutkan _____
 Hipotermia, tindakan _____
 a. _____
 b. _____
 c. _____

39. Pemberian ASI:
 Ya, waktu 1 jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan _____

40. Masalah lain, sebutkan:
 Hasilnya _____

Lampiran 7 Penilaian Nyeri

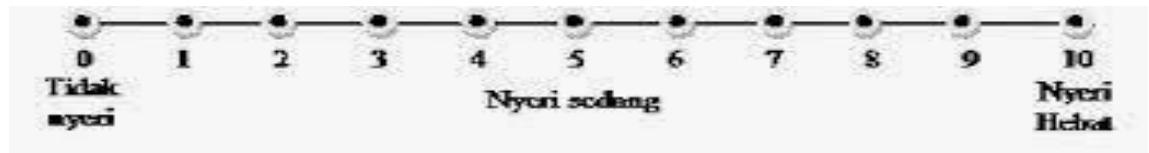
Skala nyeri sebelum intervensi



Keterangan :

1. Tidak nyeri
2. Nyeri sangat ringan
3. Nyeri ringan ada sensasi seperti dicubit tapi tidak sakit
4. Nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi
5. Nyeri cukup mengganggu
6. Nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama
7. Nyeri mulai mengganggu terutama pada indra penglihatan
8. Nyeri sudah membuat anda tidak bisa melakukan aktivitas
9. Nyeri mengakibatkan anda tidak bisa berpikir jernih bahkan terjadi perubahan perilaku
10. Nyeri menyebabkan anda menjerit-jerit menginginkan apapun untuk sembuh
11. Nyeri ada ditahap yang paling parah, membuat tidak sadar

Skala nyeri setelah intervensi



Tingkat Nyeri		<input checked="" type="checkbox"/>									
---------------	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Keterangan :

1. Tidak nyeri
2. Nyeri sangat ringan
3. Nyeri ringan ada sensasi seperti dicubit tapi tidak sakit
4. Nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi
5. Nyeri cukup mengganggu
6. Nyeri benar-benar menganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama
7. Nyeri mulai mengganggu terutama pada indra penglihatan
8. Nyeri sudah membuat anda tidak bisa melakukan aktivitas
9. Nyeri mengakibatkan anda tidak bisa berpikir jernih bahkan terjadi perubahan perilaku
10. Nyeri menyebabkan anda menjerit-jerit menginginkan apapun untuk sembuh
11. Nyeri ada ditahap yang paling parah, membuat tidak sadar

Lampiran 8 Leaflet



Lampiran 9 Hasil Penilaian Intervensi**LEMBAR PENILAIAN SAKIT PUNGGUNG BAGIAN BAWAH**

Tanggal	Durasi (menit)	Tingkat Nyeri
04-12-2019	25	7
07-12-2019	28	7
10-12-2019	30	6
14-12-2019	30	5
18-12-2019	30	4
21-12-2019	30	2
26-12-2019	30	2

Lampiran 10 Dokumentasi**DOKUMENTASI**