

L  
A  
M  
P  
I  
R  
A  
N

Lampiran I

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURWATI**  
**PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURWATI**  
*Jl. Sekeloa-Hatta No. 1, Hegerman, Bandar Lampung*

---

**IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Chatarina Erna Purwati, Amd. Keb  
Alamat : Tamhan Kec. Katibung, Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Nila Apriyani  
NIM : 1915401019  
Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Telah mengambil studi kasus kebidanan di PMB Chatarina Erna Purwati, Amd. Keb sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Tanjungpurwati Politeknik Kesehatan Tanjungpurwati.

Lampung Selatan, 28 Juni 2022

Menyetujui



**Chatarina Erna Purwati, Amd. Keb**  
NIP.197712202007012009

Lampiran 2

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG**  
**PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPINANG**  
*Jl. Soekarno-Hatta No.1, Rajawasa, Bandar Lampung*

---

**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI SUBYEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Desi Julia  
Umur : 27 Tahun  
Alamat : Dusun Sebalang desa Tamnan

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi pasien dalam Laporan Tugas Akhir (LTA) yaitu asuhan pada masa nifas. Asuhan akan diberikan oleh mahasiswa yang bersangkutan yaitu:

Nama : Nila Apriyani  
NIM : 1915401019  
Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Lampung Selatan, 28 Juni 2022

Mahasiswa,



Nila Apriyani

Klien,



Desi Julia

Menyetujui,  
Pembimbing Lahan,



Chatarina Enna Perwani, Amd. Keb  
NIP.197712202007012009

Lampiran 3

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURUN**  
**PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURUN**  
*Jl. Soekarno-Hatta No.1, Halim Permana, Bandara Lebak*

---

**LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. Saputra  
Umur : 26 Tahun  
Alamat : Dusun Sebalang desa Tarahan

Selaku (SUAMI/KELUARGA/KLIEN)\* telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan yang akan diberikan yaitu melakukan pemberian kompres aloevera untuk mengurangi nyeri akibat pembengkakan payudara pada ibu Nifas.

Terhadap ISTRI/KELUARGA/YANG BERSANGKUTAN)\*:

Nama : Ny. Desi julia  
Umur : 27 Tahun  
Alamat : Dusun Sebalang desa Tarahan

Lampung Selatan, 28 Juni 2022

Mahasiswa,



Nila Agrivani

Klien,



Desi julia

Suami/Keluarga,



Saputra



**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SOP)**

**Pemberian Kompres aloevera**

<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p><i>Aloevera</i> atau yang biasa dikenal sebagai lidah buaya merupakan tanaman yang mujarab dalam sepanjang sejarah penggunaannya, <i>aleovera</i> dignakan sebagai anti inflamasi dan luka bakar (Nurbaya, 2013)</p>
<p><b>TUJUAN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan suhu tubuh anak</li> <li>2. Mencegah peradangan meluas</li> <li>3. Mengurangi rasa nyeri/rasa sakit pada suatu daerah setempat</li> </ol>
<p><b>INDIKASI</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dengan suhu tubuh tinggi</li> <li>2. Klien yang mengalami nyeri pembengkakan payudara</li> </ol>
<p><b>KONTRAINDIKASI</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka mayor pasca trauma akut</li> <li>2. Gangguan sirkulasi, hal ini dapat mengganggu sirkulasi jaringan lebih lanjut dan menyebabkan kerusakan jaringan</li> <li>3. Alergi atau hipersensitivitas terhadap dingin</li> </ol>
<p><b>PROSEDUR</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Alat :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lidah Buaya 100 gram</li> <li>b. Pisau</li> <li>c. Waslap</li> </ol> </li> <li>2. Cara kerja :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan (SOP)</li> <li>b. Jelaskan pasien tindakan yang akan dilakukan dan diberikan inform consent</li> <li>c. Melakukan pengukuran derajat nyeri menggunakan indikator skala nyeri sebelum diberikan intervensi kompres</li> </ol> </li> </ol>

	<p>lidah buaya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Mempersiapkan responden (mengajari pasien kompres lidah buaya)</li> <li>e. Mempersiapkan alat dan bahan. Cuci lidah buaya kemudian kupas kulitnya untuk diambil gelnya.</li> <li>f. Kompres payudara dengan air hangat menggunakan washlap</li> <li>g. Kompreskan lidah buaya pada payudara selama 20 menit, berikan sehari 2 kali selama 7 hari</li> <li>h. Bilas menggunakan air</li> <li>i. Rapikan pasien dan bereskan alat</li> <li>j. Cuci tangan</li> </ul>
<b>EVALUASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pada hari ke-7 setelah pemberian kompres, pasien diberikan kembali lembar observasi indikator skala nyeri</li> <li>2. Mengakhiri kegiatan dengan baik</li> </ul>

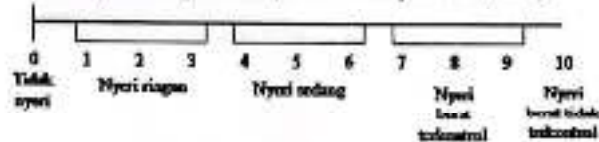
LEMBAR OBSERVASI  
KOMPRES ALOEVERA

Nama : N-10

Anak ke : 1 (satu)

Alamat : Dusun sekonyong desa rambouw

Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS)



No	Skala Nyeri	S K O R	Skor perawatan hari ke-						
			I	II	III	IV	V	VI	VII
			Tgl 28-06-2023	Tgl 29-06-2023	Tgl 30-06-2023	Tgl 01-07-2023	Tgl 02-07-2023	Tgl 03-07-2023	Tgl 04-07-2023
1	Tidak Neri	0						0	0
2	Minor								
	<input type="checkbox"/> Nyeri sangat ringan	1				1			
	<input type="checkbox"/> Nyeri tidak nyaman	2			2				
3	Moderate								
	<input type="checkbox"/> Menyusahkan	4		4					
	<input checked="" type="checkbox"/> Sangat menyusahkan	5	5						
4	Severe								
	<input type="checkbox"/> Sangat hebat	7							
	<input type="checkbox"/> Sangat menyiksa	8							
	<input type="checkbox"/> Tidak tertahan	9							
	<input type="checkbox"/> Tidak dapat diungkapkan	10							
	paraf		A	A	A	A	A	A	A

## DOKUMENTASI

