




Lampiran 1 Kartu Bimbingan


**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Neng Sri Sulstiani
 NIM : 221801008
 Pembimbing Utama : Hj. Yani Mariana, S.Kep., Ners., M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Hj. Diana Ulfah, S.Kep., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 26/05/2025	✦ Perbaiki / lengkapi bagian list SLR. ✦ BAB IV → Cukun lengkapi hasil & uraian ke jurnal	
2.	Selasa, 27/05/2025	✦ BAB IV → pembahasan lengkapi bagian format yg sesuai di tentukan (pola, teori & opini	
3.	Rabu, 28/05/2025	BAB IV → pembahasan. lengkapi lengkapi susunan yg sesuai dgn prosedur.	




KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Heng Sri Sulstiani
 NIM : 221F01004
 Pembimbing Utama : Hj. Yuni Marlina, S.Kep., Ners., M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Hj. Diana Ulfah, S.Kep., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
4.	Rabu, 28/05-25	Revisi Skripsi KTI BAB I s/d BAB V.	


KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Meng Sri Sulistiani
 NIM : 221401004
 Pembimbing Utama : Hj. Yuni Marlina, S.Kep., Ners., M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Hj. Diana Ulfah, S.Kp., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Senin 26 Mei 2025	Perbaiki Lengkapi revisi Susun bab IV	 Diana Ulfah.
2.	Selasa 27 Mei 2025	Bab IV pembahasan lengkap	 Diana Ulfah.
3.	Rabu 28 Mei 2025	Bab IV pembahasan lengkap kembali susunannya	 Diana Ulfah.

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Heng Sri Suistiani
 NIM : 221FK01004
 Pembimbing Utama : Hj. Yani Marina, S.Kep., Ners., M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Hj. Diana Uifah, S.Kep., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
4	Rabu 28 Mei 2025	Ace sedang	

REVIEW ARTIKEL

No	Penulis dan Tahun	Metode Penelitian	Sampel	Hasil	Kesimpulan
1	Tahun 2023, 1. Susilaati 2. Finandita Siti Utari 3. Kartaatmadja Reni Suherman	metode penelitian <i>quasi experiment</i> . Bentuk pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan <i>pretest-posttest control group design</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.	Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 36 responden, yang dibagi menjadi dua kelompok: <ul style="list-style-type: none">• 18 responden pada kelompok intervensi (yang diberikan teknik relaksasi napas dalam), dan• 18 responden pada kelompok kontrol (yang tidak diberikan intervensi)	Teknik relaksasi napas dalam efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien post partum sectio caesarea. Rincian Hasil: <ul style="list-style-type: none">• Kelompok intervensi (diberikan teknik relaksasi napas dalam):<ul style="list-style-type: none">- Sebelum intervensi: 83,3% mengalami nyeri sedang, 16,7% nyeri berat.- Setelah intervensi: 83,3% menjadi tidak nyeri, 16,7% nyeri ringan.• Kelompok kontrol (tidak diberi intervensi):<ul style="list-style-type: none">- Sebelum intervensi: 6,7% nyeri sedang,	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh dan perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien <i>post partum sectio caesarea</i> di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Cibadak Kabupaten Sukabumi Berdasarkan hasil penelitian tersebut diharapkan terapi ini dapat dipertimbangkan sebagai salah satu terapi non farmakologi untuk manajemen nyeri serta bisa menjadi pertimbangan Rumah Sakit untuk melakukan pendidikan kesehatan tentang penanganan nyeri kepada pasien <i>post sectio caesarea</i> .

					33,3% nyeri berat.	
					- Setelah intervensi:	
					50% nyeri sedang	
					44,4% nyeri ringan	
					5,6% nyeri berat.	
					• Hasil uji statistik:	
					• Uji Wilcoxon (kelompok intervensi):	
					- $p\text{-value} = 0,000$	
					→ ada pengaruh signifikan	
					• Uji Mann-Whitney (antar kelompok):	
					- $p\text{-value} = 0,000$	
					→ ada perbedaan signifikan antara kelompok kontrol dan intervensi.	
2	Tahun 2022	Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan desain <i>One-Group Pretest-Posttest</i>	sampel 30 orang pasien <i>post operai caesarea</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien pasca operasi sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Sundari.	penelitian	Penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam efektif menurunkan tingkat nyeri pada pasien pasca operasi sectio caesarea di Rumah Sakit Umum Sundari.

				Rincian Hasil Statistik:	Hasil uji statistik paired
				<ul style="list-style-type: none"> • Uji Statistik: Paired Sample t-Test • Hasil Uji: <ul style="list-style-type: none"> - Nilai rata-rata perubahan intensitas nyeri: 2,80 - Signifikansi (p-value): 0,000 - Karena $p < 0,05$, maka H_0 ditolak 	<p>t-test menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap intensitas nyeri pasien.</p> <p>Dengan demikian, teknik relaksasi napas dalam direkomendasikan sebagai intervensi non-farmakologis yang dapat digunakan oleh perawat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan terhadap pasien post sectio caesarea.</p>
3	Tahun 2024	metode	1 pasien	Setelah intervensi,	Teknik relaksasi nafas
	1. Melinia Akhirul Fitri	deskriptif analitik	postpartum sectio caesarea	terdapat penurunan intensitas nyeri dari skala 5 menjadi skala 3.	dalam efektif dalam mengurangi nyeri pasca operasi sectio caesarea
	2. Sri Astutik Andayani	dengan pendekatan	dengan indikasi gemelli.Durasi	Pasien menunjukkan peningkatan dalam mobilitas dan tidak mengalami tanda-tanda infeksi.	dan dapat menjadi alternatif terapi non-farmakologis yang aman.
	3. Novela Eka Candra Dewi	studi kasus	intervensi: 3 x 24 jam.		

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Pasien 1

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Nama	: Ny. A
TTL	: Bandung, 02 April 1994
Umur	: 30 Thn
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status pernikahan	: Menikah
Suku /Bangsa	: Sunda
Tanggal masuk RS	: 19 Januari 2025 Jam: 05.00 WIB
Tanggal pengkajian	: 20 Januari 2025 Jam: 14.30 WIB
Tanggal /rencana operasi	: 20 Januari 2025 Jam: 10.00 WIB
No. Medrec	: 763854
Diagnosa Medis	: Plasenta Previs Marginalis
Alamat	: Kp. Pereng Kidul RT/RW 04/12, Des. Pangauban, Kec. Pacet, Kab. Bandung, Prov. Jawa Barat, Kode Pos 40385

a) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 31 Thn
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh Harian Lepas
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Suami
Alamat	: Kp. Pereng Kidul RT/RW 04/12, Des.

Pangauban, Kec. Pacet, Kab. Bandung,
Prov. Jawa Barat, Kode Pos 40385

b) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

(a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Klien mengatakan Pada hari Minggu tgl 19 Januari 2025 terjadi pendarahan pada pukul 00.00 WIB, pendarahan semakin banyak, tindakan sebelum di bawa kerumah sakit pasien hanya tiduran tetapi darah terus mengalir, kemudian pukul 09.16 WIB pasien di bawa ke IGD RSUD Majalaya. Di tangani pertama di IGD karena pendarahan terus menerus dan tidak ada pembukaan, dipindahkan keruangan bersalin pukul 10.20 WIB, kemudian masuk keruangan obgyn jam 16.00 dan kemudian dilakukan SC pada tanggal 20 Januari 2025 pukul 11.00 WIB.

(b) Keluhan Utama Saat Di kaji

Pada saat di kaji tanggal 20 Januari 2025 pukul 14.30 WIB di ruang Obgyn, 4,5 jam setelah melahirkan, Klien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika istirahat, nyeri seperti tersayat-sayat muncul tiba-tiba secara terus menerus, klien tampak meringis, gelisah dan berkeringat, skala nyeri 6 (1-10) klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah melakukan sc dan klien mengatakan belum pernah di rawat di rumah sakit. Klien juga mengatakan dirinya tidak memiliki penyakit keturunan dan penyakit menular lainnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular atau turunan/diturunkan lainnya.

c) Riwayat ginekologi dan obstetric

1) Riwayat ginekologi

(a) Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun (SMP)
Lama haid : 3-4 hari
Siklus menstruasi : 28 hari
Masalah selama haid : tidak ada gangguan menstruasi
HPHT : 15 April 2024
TP : 22 Januari 2025

(b) Riwayat pernikahan

Usia ibu menikah : 17 tahun
Usia ayah menikah : 18 tahun
Lama Pernikahan : 14 tahun
Pernikahan ke : 1
Jumlah anak : 3

(c) Riwayat keluarga berencana

Melaksanakan keluarga berencana : () Ya (✓) Tidak

Jenis kontrasepsi apa yang digunakan :

() MOP (Medis Operatif Pria) () IUD
() MOW (Medis Operatif Wanita) () Pil
() Suntik (✓) Infilant () Lain-lain

Lama menggunakan kontrasepsi : 3 tahun
Masalah yang terjadi : tidak ada
Rencana kontrasepsi yang akan digunakan : suntik
Alasan memilih kontrasepsi : karena lebih praktis

2) Riwayat obstetrik

(a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas dahulu

Anak Ke		Kehamilan		Penyulit		Komplikasi Nifas				Anak		
No	Th	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis Persalinan	Penolong	Penyulit	Lase rasi	Infeksi	Perdara han	JK	BB	PJ
1	11 thn	9 bulan	-	Normal	Bidan	-	-	-	-	L	30	148
2	8 thn	9 bulan	-	Normal	Bidan	-	-	-	-	P	20	130
3	0 bln	9 bulan	-	sc	Dokter	Plasenta previa	ada	-	-	L	2370	46

(b) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan Kehamilan : pemeriksaan di bidan secara rutin,
trimester 1 ± 2x pemeriksaan,
trimester 2 ± 1x pemeriksaan,
trimester 3 ± 3 x pemeriksaan.

Riwayat Imunisasi : lengkap

Riwayat Pemakaian obat selama Kehamilan : asam polat, vitamin,
penambah Darah.

Keluhan selama kehamilan : tidak ada

(c) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan : 20 Januari 2025

Tipe persalinan : spontan/ tindakan SC

Lama persalinan : Kala I tidak ada pembukaan, Kala II
masuk ruang ok pukul 11.00 WIB
bayi di lahirkan pukul 11.20 WIB ,
Kala III plasenta dilahirkan pukul
11.21 WIB, penyulit selama operasi
tidak ada

Jumlah perdarahan : 300 ml

Jenis kelamin bayi : Laki-Laki, BB : 2370 gr, PB : 46 cm

APGAR score : 9 (A: 1 P:2 G:2 A:2 R:2)

(d) Riwayat nifas sekarang

Lochea : Pada hari kedua Post Sc terdapat lochea rubra

Warna : berwarna merah

Bau : bau khas darah menstruasi

Jumlah : memenuhi pembalut

Tinggi fundus : 1 jari di bawah pusar

Kontraksi : baik saat di palpasi teraba seperti bulatan pada bagian perut

e) Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/ hari	3x/hari
	Jenis	Nasi, lauk pauk	nasi tim sayur buah-buahan
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	Frekuensi	8 gelas	8 gelas
	Jumlah	2 L	2 L
	Jenis	Air putih	Air putih
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	1x/hari
	Warna	Kecoklatan	Kecoklatan
	Bau	Khas	Khas
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK		
	Frekuensi	5-6 x/hari	Terpasang kateter
	Jumlah	400 ml	400 ml
	Warna	Kuning jernih	Kuning
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat Tidur		
	Siang	1 jam	1 jam
	Malam	8 jam	8 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	f. Mandi	2x/hari	belum

	g. Gosok gigi	2x/ hari	belum
	h. Keramas	1x/ hari	belum
	i. Gunting kuku	1x/ minggu	belum
	j. Ganti pakaian	2x/ hari	belum
5	Aktivitas (mobilisasi) Jenis (pasif / aktif) Keluhan	Selama di rumah klien melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga	Aktivitas klien hanya di bantu perawat dan keluarga karena nyeri, klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri

f) Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu

(a) Keadaan Umum

Kesadaran : compos mentis GCS 15 (E:4 M:6 V:5)

Penampilan : lemah & lusuh

(b) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 121/80 mmHg

Nadi : 81 x /menit

Respirasi : 20 x /menit

Suhu : 36,7 °C

(c) Antropometri

Tinggi badan : 145 cm

BB sebelum hamil : 48 Kg

BB setelah hamil : 54 Kg

BB setelah melahirkan : 50 Kg

(d) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

(1) Kepala

Bentuk kepala simetriss, Kulit kotor, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, rambut lengket, rambut tidak rontok, tidak ada benjolan, bengkak dan nyeri tekan.

(2) Wajah

Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada poedem, tidak ada closma gravidarum, wajah tampak meringis dan gelisah

- (3) Mata
Bentuk simetris, sklera putih, kebersihan cukup, kunjungtiva merah muda, nyeri tekan tidak ada, ibu dapat mengikuti gerakan cahaya ke segala arah
- (4) Telinga
Bentuk simetris, serumen tidak ada, nyeri tekan tidak ada, tidak ada bengkak/ kemerahan, klien dapat berespon dengan baik saat diajak berkomunikasi.
- (5) Hidung
Bentuk simetris, mukosa hidung merah muda, sekret tidak ada, pernapasan cuping hidung tidak ada, nyeri tekan tidak ada, dapat membedakan bau farpum, dan minyak telon.
- (6) Mulut
Gigi dan gusi tidak ada kemerahan/ perdarahan pada gusi, tidak ada sariawan/ infeksi gusi, Mukosa bibir kering, stomatitis tidak ada, penyebaran gigi merata, tidak ada pembesaran tonsil. Dapat membedakan rasa manis, asin dan asam.
- (7) Leher
Klien mampu menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri , Pembesaran kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis tidak ada.
- (8) Dada
Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada, nyeri tekan tidak ada, suara nafas vesikuler, bunyi jantung S1,S2 tunggal reguler. Bentuk payudara simetris, puting susu menonjol, aerola mammae hiperpigmentasi, kolostrum sudah keluar, bengkak tidak ada, kebersihan cukup, lecet tidak ada, nyeri tekan tidak ada.
- (9) Abdomen

Klien mengatakan luka di perut, Terdapat luka operasi SC dengan panjang \pm 10 cm melintang dibawah pusar, tertutup hypafik, pendarahan tidak ada, uterus teraba baik (keras),TFU 1 jari dibawah pusat, distensi kandung kemih tidak ada, bising usus 15 x/menit.

(10) Punggung dan bokong

Kulit Punggung tidak ada tanda-tanda iritasi, kemerahan/ luka, tidak ada nyeri punggung, kulit bokong tidak ada ruam/ lesi.

(11) Genitalia

Perdarahan pervaginam; jumlah:sedang , warna: merah, konsistensi: kental, bau: khas

Flour albus; jumlah: sedikit, warna: bening, konsistensi: encer, bau: tidak berbau

Lochea; jumlah: memenuhi pembalut warna: merah, konsistensi: kental, bau: khas

Terpasang dower cateter

Luka episiotomy; kondisi luka: tidak ada luka episiotomy

(12) Anus

Anus bersih, tidak adak lesi pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada haemoroid

(13) Ekstremitas

- Ekstremitas atas

Pergerakan terkoordinasi, cyanosis tidak ada, edema tidak ada, terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, keadaan kuku bersih tidak panjang

5	5
---	---

- Ekstremitas bawah

Pergerakan terkoordinasi, cyanosis tidak ada, odema tidak ada, varises tidak ada. Reflexx homan sains negatif /tidak nyeri, keadaan kuku bersih tidak panjang

5	5

2) Pemeriksaan fisik bayi

(a) Keadaan Umum

Penampilan : bersih

Kesadaran bayi : sangat baik

APGAR Score	1 mnt pertama	5 mnt pertama
Appearance (warna kulit)	1	1
Pulse (denyut jantung)	1	2
Grimace (respon refleks)	2	2
Activity (tonus otot)	1	2
Respiration (pernafasan)	2	2
Jumlah	7	9

(b) Antropometri

Berat badan : 2370 Kg

Panjang badan : 46 cm

Lingkar kepala : 32 cm

Lingkar dada : 30 cm

Lingkar abdomen : 29 cm

Lingkar lengan atas : 9 cm

(c) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe* (dilengkapi dengan refleks primitif bayi baru lahir)

(1) Kepala

Bentuk kepala simetris, ukuran ubun-ubun ± 1 cm, rambut hitam, lembut, penyebaran rambut merata

(2) Wajah

Simetris, warna kulit wajah berwarna merah muda

- (3) Mata
tidak ada pendarahan subkonjungtiva atau lainnya
- (4) Telinga
Bentuk dan posisi telinga simetris
- (5) Hidung
Ukuran hidung kecil, saluran hidung tidak ada sumbatan.
Terdapat dua lubang hidung.
- (6) Mulut
tidak labiokisis atau kelainan lainnya di mulut, gusi berwarna merah muda, terdapat refleks menghisap dan rooting pada bayi
- (7) Leher
Bentuk leher pendek, kepala dapat bergerak bebas, tidak ada pembesaran atau pembengkakan. Tidak ada kelainan pada tulang belakang di area leher.
- (8) Dada
Bentuk dada simetris, tidak ada pembengkakan, frekuensi nafas
Tidak ada bunyi nafas tambahan
- (9) Abdomen
Bentuk perut sedikit buncit, perut simetris tidak ada benjolan atau kelainan lainnya, tidak ada nyeri tekan. Bentuk tali pusat menonjol, Kondisi tali pusat tidak ada pendarahan, infeksi atau bau yang tidak sedap
- (10) Punggung dan bokong
Bentuk punggung bayi simetris, tidak ada lesi, ruam, tidak ada kelainan, bentuk bokong simetris dan tidak ada kelainan bentuk.
- (11) Genitalia

Ukuran penis 3 cm, lubang kencing di ujung penis. Testis sudah turun ke skrotum, skrotum simetris, tidak ada pembengkakan atau kelainan lainnya.

(12) Anus

Letak anus normal, tidak ada kemerahan, lesi di sekitar anus, bayi sudah bab, tidak ada benjolan di sekitar anus

(13) Ekstremitas

- Ekstremitas atas

Ukuran kedua lengan simetris dan proporsional, tidak ada pembengkakan, jumlah jari pada setiap tangan normal. 5 jari di setiap tangan, tidak ada sindaktil/polidaktil, terdapat refleks menggenggam (grasping), refleks moro (mengangkat tangan dan kaki saat terkejut).

- Ekstremitas bawah

Bentuk kedua kaki simetris, panjang kaki simetris, jumlah jari p5 di setiap kaki, tidak ada Terdapat refleks moro (mengangkat tangan dan kaki saat terkejut, Refleks babinski (jari-jari kaki bayi akan membuka saat telapak kaki di rangsang), refleks menggenggam jari kaki

g) Data Psikologis

1) Adaptasi psikologi post partum

a. Fase taking in / ketergantungan

Fase ini terjadi pada 1-2 hari pertama post partum, dimana ibu sangat bergantung pada orang lain. Pada fase ini, ibu memiliki harapan bahwa segala kebutuhannya bisa dicukup oleh orang lain, dan ibu mentransformasikan seluruh emosionalnya kepada bayinya.

b. Fase taking hold / ketergantungan tidak ketergantungan

Pada fase ini, ibu memerlukan penangan dan sikap tenggang rasa dari orang lain dan ibu juga memiliki keinginan agar dapat melaksanakan kewajibannya secara mandiri. Pada fase ini, ibu juga

akan memberikan perhatian dengan semangat yang luar biasa guna mendapat peluang belajar dan berproses mengenai upaya dalam merawat bayi.

c. Fase letting go / saling ketergantungan

Pada fase ini, ibu beserta keluarga berproses sebagai suatu kesatuan dan saling berkomunikasi. Fase ini adalah fase dimana emosional ibu diuji yaitu perasaan senang dan sedih yang terjadi pada fase ini bercampur menjadi satu. Ibu dan suami wajib beradaptasi sesuai dengan perannya dalam hal pengasuhan anak, pengaturan rumah tangga serta pembinaan karir.

Klien menerima keadaan dan belajar merawat bayinya, keluarga dan suami memberikan dukungan yang kuat. Klien mampu mengontrol emosi dan membiasakan diri dengan perubahan. Klien termasuk dalam kategori letting go karena mampu merawat bayi secara mandiri

d. Konsep diri

(a) Gambaran diri

Klien mengatakan terjadi perubahan fisik, klien mengatakan bersyukur dengan apa yang ada pada dirinya dan klien ingin segera pulang dan bertemu anaknya

(b) Ideal diri

Klien mengatakan harapan tinggi terhadap dirinya sebagai orang tua, klien merasa puas menjadi seorang ibu

(c) Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya sekarang

(d) Peran

Klien sebagai ibu dari 3 anak dan seorang istri

(e) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya seorang perempuan berusia 30 tahun

h) Data Sosial

Klien mengatakan sangat dekat dengan orang tuanya, hubungan dengan tetangga masyarakat dan lingkungan baik, kondisi lingkungan yang bersih dan nyaman, akses ke layanan kesehatan juga penting penting.

i) Kebutuhan *Bounding Attachment*

Klien membutuhkan interaksi fisik yang dekat dengan bayinya seperti menyusui, interaksi yang positif dengan bayi membantu membangun ikatan emosional yang kuat antara ibu dan anak. Dukungan dari keluarga dan suami sangat penting, klien mengatakan perlu bergabung dengan ibu-bayi untuk berbagi pengalaman

j) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Klien mengatakan harus menunggu 6 minggu setelah melahirkan sebelum berhubungan seksual.

k) Data Spiritual

keyakinan hidup yang kuat, optimisme kesembuhan melalui dukungan doa dan dukungan keluarga, selama nifas tidak melakukan ibadah.

l) Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Klien tidak tahu cara perawatan diri pada ibu post sc, pijat effeurage, perawatan luka dirumah.

m) Data Penunjang

1) Labolatorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
20 Januari 2025	HEMATOLOGI • Hematologi Rutin			
	Hemoglobin	9.0	g/dL	12.0-16.0
	Leukosit	13,000	/uL	4,000-10,000
	Hematokrit	27	%	37-47
	Eritrosit	3.1	10 ⁶ uL	3.8-5.2
	Trombosit	174,000	uL	150,000-450,000

• MCV/MCH/MCHC	90	fL	80-100
MCV	30	pg	26-34
MCH	33	g/dL	32-36
MCHC			

a) Program dan Rencana Pengobatan

Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu	Tujuan
20 Januari 2025	RL	500cc	IV	1x1	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang saat, mengalami luka cedera/ menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak
	Capsinat	6 mg	IV	2x1	Untuk mengatasi berbagai infeksi
	ketorrolac	120 mg	IV	2x1	Untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pasca operasi nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak
22 Januari 2025	capsinat	500 mg	oral	3x1	Untuk mengatasi berbagai infeksi
	Asam mepenamat	500 mg	Oral	3x1	Untuk menangani nyeri ringan sampai sedang.
	Sf	100 mg	Oral	1x1	Untuk mengatasi anemia akibat kekurangan zat besi dalam darah
	gomino	500 mg	Oral	1x1	Untuk mengatasi gatal dan masalah kulit
	Vitamin c	250 mg	Oral	1x1	Memperkuat kekebalan tubuh dan membantu melawan penyakit serta infeksi virus seperti flu/ pilek

2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
1 DS : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri di area perut Nyeri terasa ketika pasien bergerak nyeri seperti tersayat-sayat tiba-tiba dan terus menerus DO : <ul style="list-style-type: none"> tampak meringis, gelisah dan berkeringat, skla nyeri 6 (1-10) 	Proses pembedahan ↓ Luka post op ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang reseptor nyeri ↓ Nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2 DS : <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri. sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak DO : Tampak lemah	Luka post sc ↓ Luka insisi abdomen ↓ Nyeri akut ↓ Fisik lemah ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

3	DS : <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan selama di rumah sakit tidak Mandi, Gosok gigi Keramas Klien tidak tahu cara perawatan diri pada ibu post sc DO : <ul style="list-style-type: none"> Tampak lusuh Kulit kotor rambut lengket 	Luka post sc ↓ Nyeri akut ↓ Hambatan gerak ↓ Defisit Perawatan diri	Defisit perawatan diri
4	DS : <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan luka di perut DO : <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka operasi SC dengan panjang ± 10 cm 	Tindakan sc ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Jalan masuk kuman ↓ Resiko infeksi	Risiko infeksi

b. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	
2	Gangguan Mobilitas fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0019)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	
4	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0070)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	

c. Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077) ditandai dengan : DS : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri di area perut Nyeri terasa ketika pasien bergerak 	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, diharapkan Tingkat nyeri (L. 08066) menurun, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Merungis menurun Gelisah menurun 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal 	Observasi <ul style="list-style-type: none"> Memahami detail nyeri membantu dalam diagnosis yang tepat dan memilih intervensi yang sesuai. Lokasi dan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan penyebab yang berbeda. Menggunakan skala nyeri (seperti skala 0-10) memungkinkan pengukuran


<ul style="list-style-type: none"> nyeri seperti tersayat-tiba dan terus menerus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> tampak meringis, gelisah dan berkeringat, skla nyeri 6 (1-10) 	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat effeurage) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>objektif dan evaluasi efektivitas terapi nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> Respons non-verbal (seperti ekspresi wajah dan postur) dapat memberikan informasi tambahan tentang tingkat nyeri, terutama pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal. Mengetahui faktor pemicu atau pengurang nyeri membantu dalam merencanakan intervensi yang lebih efektif dan individual. Nyeri yang tidak terkelola dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, kesehatan mental, dan kualitas hidup secara keseluruhan. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengurangi Persepsi Nyeri, Meningkatkan Sirkulasi Darah, Relaksasi Otot, Meningkatkan Mobilitas <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Penjelasan yang jelas membantu pasien memahami kondisi mereka dan mengurangi kecemasan. Memberikan informasi tentang strategi yang tersedia memungkinkan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam manajemen nyeri mereka. Memberdayakan pasien dengan teknik ini dapat meningkatkan kontrol mereka terhadap nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kerja sama antara tim medis dan pasien dalam pemberian analgetik memastikan manajemen nyeri yang efektif dan aman. 	
<p>2 Gangguan Mobilitas fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam di harapkan Mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 	<p>Obeservasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Memahami adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya membantu dalam menilai kondisi pasien dan menyesuaikan rencana






<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri. • sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. • Nyeri terasa ketika pasien bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak lemah 	<ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat • Nyeri menurun • Kelemahan fisik menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). 	<p>mobilisasi yang aman dan efektif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui seberapa jauh pasien dapat bergerak tanpa mengalami ketidaknyamanan atau nyeri penting untuk mencegah cedera dan meningkatkan kepercayaan diri pasien. • Memantau tanda vital sebelum mobilisasi memastikan bahwa pasien berada dalam kondisi stabil dan dapat menghindari risiko komplikasi, seperti hipotensi ortostatik. • Memantau kondisi pasien secara real-time selama mobilisasi memungkinkan intervensi cepat jika terjadi tanda-tanda distress atau ketidaknyamanan. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan bantuan fisik atau instruksi dalam melakukan pergerakan membantu pasien untuk bergerak dengan aman dan mengurangi risiko jatuh. • Keterlibatan keluarga dapat meningkatkan dukungan emosional dan fisik, serta memotivasi pasien untuk lebih aktif dalam proses pemulihan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan penjelasan yang jelas membantu pasien memahami pentingnya mobilisasi, meningkatkan motivasi dan kepatuhan terhadap program rehabilitasi. • Mobilisasi dini dapat mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, dan mempercepat proses penyembuhan. • Mengajarkan teknik mobilisasi yang sederhana memungkinkan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan meningkatkan rasa percaya diri serta kemandirian.
--	--	--	---



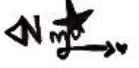


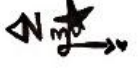
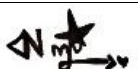
3	<p>Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0019) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan selama di rumah sakit tidak Mandi, Gosok gigi Keramas Klien tidak tahu cara perawatan diri pada ibu post sc <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak lusuh Kulit kotor rambut lengket 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam Perawatan diri (L.11103) dapat meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kemampuan mandi meningkat Kemampuan mengenakan pakaian meningkat Mempertahankan kebersihan diri meningkat Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Monitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengetahui kebiasaan perawatan diri yang sesuai dengan usia pasien membantu dalam merencanakan intervensi yang tepat dan relevan dengan kebutuhan serta kemampuan pasien. Memantau tingkat kemandirian pasien memberikan informasi tentang kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari, serta membantu dalam merencanakan dukungan yang diperlukan. Memahami kebutuhan alat bantu memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan dukungan yang tepat dan meningkatkan kualitas perawatan diri pasien. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyediakan barang-barang pribadi dapat meningkatkan kenyamanan dan rasa percaya diri pasien, serta membantu mereka merasa lebih baik secara emosional. Dukungan dalam melakukan perawatan diri membantu pasien belajar dan merasa lebih percaya diri, sekaligus mencegah kecelakaan atau cedera. Memberikan dukungan yang sesuai membantu pasien meningkatkan kemandirian mereka, yang penting untuk kesehatan mental dan fisik. Rutinitas yang terjadwal memberikan struktur dan membantu pasien membangun kebiasaan perawatan diri yang konsisten. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengedukasi pasien tentang pentingnya perawatan diri yang konsisten mendorong mereka untuk berpartisipasi aktif dalam pemeliharaan
---	---	---	---	---


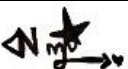





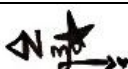
				kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri.
4	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya jaringan (D.0070)ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan luka di perut <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka operasi SC dengan panjang ± 10 cm 	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam tingkat infeksi (L.14137) menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kebersihan badan meningkat Nyeri menurun 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> batasi jumlah pengunjung cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara cuci tangan yang benar Ajarkan tika batuk efektif Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda seperti demam, kemerahan, nyeri, bengkak,/keluar cairan dari luka <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengurangi paparan terhadap mikroorganisme dari luar yang dapat meningkatkan risiko infeksi Mencuci tangan adalah tindakan utama untuk mencegah penyebaran infeksi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Memastika pasien dan keluarga mampu mengenai tanda awal infeksi sejak dini sehingga dapat segala melaporkan kepada tim medis Teknik mencuci tanganyang benar membantu mencegah penyebaran mikroorganisme patogen ke pasien Etika batuk yang baik (menutup mulut dengan tisu/lenganbagian dalam) membantu mengurangi doplet yang berpotensi menularkan infeksi saluran pernapasan Pasien dan keluarga mampu memantau luka dengan banar dapat mendeteksi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak/keluarnya cairan lebih awal nutris yang cukup membantu memperkuat sistem kekebalan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan




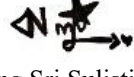


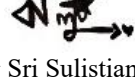



d. Pelaksanaan



No	Tanggal	Jam	DP	Tindakan	Nama & Ttd
1	20 Januari 2025	11.20 WIB	I	Melakukan tindakan TTV Hasil : TD : 121/80 mmHg N : 81 x/menit R : 20x/menit	 Neng Sri Sulistiani






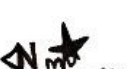




			S : 36,7°C Spo2 : 98%	
2	14.30 WIB	1	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan faktor pencetus nyeri setelah 3 jam post operasi Hasil : Klien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika istirahat, nyeri seperti tersayat-sayat muncul tiba-tiba secara terus menerus	 Neng Sri Sulistiani
3	14.32 WIB	2	Memantau adanya keterbatasan klien dalam melakukan pergerakan Hasil : klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri.	 Neng Sri Sulistiani
4	14.33 WIB	3	Mengidentifikasi kondisi umum klien Hasil : klien tampak meringis, gelisah dan berkeringat,	 Neng Sri Sulistiani
5	14.35 WIB	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan nyeri di angka 6 yaitu nyeri sedang yaitu dari skala (1-10)	 Neng Sri Sulistiani
6	14.40 WIB	1	Melakukan teknik nonfarmakologi teknik nafas dalam dan mengajarkan cara terapi relaksasi nafas dalam Langkah-langkah Melakukan Teknik Nafas Dalam: 8. Posisi Nyaman: <ul style="list-style-type: none"> Duduk atau berbaring dalam posisi yang nyaman. Usahakan tempat tenang dan minim gangguan. 9. Pejamkan Mata: <ul style="list-style-type: none"> Ini bertujuan untuk meningkatkan konsentrasi dan mengurangi stimulasi eksternal. 10. Tarik Nafas Dalam: <ul style="list-style-type: none"> Tarik napas secara perlahan dan dalam melalui hidung. Isi paru-paru sampai ke perut (pernapasan diafragma). Rasakan perut mengembang, bukan dada. 11. Tahan Napas: Tahan selama beberapa detik (\pm 3–5 detik), sesuai kenyamanan. 12. Hembuskan Nafas Perlahan:	 Neng Sri Sulistiani

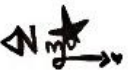



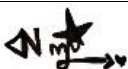


			<ul style="list-style-type: none"> Keluarkan udara perlahan-lahan melalui mulut. Rasakan tubuh mulai rileks.
			<p>13. Ulangi Secara Berirama:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan latihan ini secara berirama, perlahan dan nyaman. Ulangi 5–10 kali atau selama ± 10–15 menit.
			<p>14. Catatan Penting:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bisa dilakukan 3 kali sehari, misalnya setiap 2 jam sekali, terutama pasca operasi untuk mengurangi intensitas nyeri.(Fitri et al., 2024)
			<p>Hasil : klien sudah bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar dan baik yaitu dengan adanya pergerakan dada dan abdomen seirama, dan menarik nafas lewat hidung</p>
7	15.00 WIB	1	<p>Menanyakan kembali skala nyeri setelah dilakukan relaksasi nafas dalam</p> <p>Hasil : Klien mengatakan skal nyeri berkurang menjadi 5 dari 6 (1-10)</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>
8	19.00 WIB	1	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat melalui IV Line</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>
9	19.10 WIB	4	<p>Monitor kondisi luka</p> <p>Hasil : Luka masih tertutup dan tidak ada pengeluaran darah/nanah</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>
10	19.15 WIB	1	<p>Menganjurkan kembali untuk melakukan terapi relaksai nafas dalam ketika merasa nyeri</p> <p>Hasil : klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>
11	20.00 WIB	4	<p>Melepaskan Kateter</p> <p>Hasil : Kateter sudah di lepas</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>
12	20.10 WIB	1	<p>Menganjurkan klien beristirahat dan tidur</p> <p>Hasil : Klien mengatakan akan beristirahat</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>
1	06.40 WIB	2	<p>Mengidentifikasi pergerakan klien</p> <p>Hasil : Klien belum bisa duduk di kasur dengan sendiri</p>
			 <p>Neng Sri Sulistiani</p>





2		06.40 WIB	1	Monitor tekanan darah klien Hasil : Melakukan tindakan TTV Hasil : TD : 119/76 mmHg N : 74 x/menit R : 20 x/menit S : 36,5°C	 Neng Sri Sulistiani
3	21 Januari 2025	06.40 WIB	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri di perut, seperti tersayat-sayat, tiba-tiba dan terus menerus, nyeri diirasa ketika bergerak.	 Neng Sri Sulistiani
4		06.50 WIB	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 5 (1-10)	 Neng Sri Sulistiani
5		06.55 WIB	1	Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri Hasil : Klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang	 Neng Sri Sulistiani
6		07.10 WIB	1	Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam Hasil : Klien megatakan skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 4 dari 1(-10)	 Neng Sri Sulistiani
7		07.11 WIB	1	Menanyakan faktor yang memperberat dan meringakan nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri Muncul ketika bergerak	 Neng Sri Sulistiani
8		07.12 WIB	3	Dukungan perawatan diri Hasil : Klien mengatakan masih di bantu keluarga	 Neng Sri Sulistiani
9		07.13 WIB	2	Memberikan motivasi kepada pasien untuk sabar dan tetap belajar melakukan mobilisasi agar cepat proses pemulihan Hasil : Klien mengatakan akan mencoba melakukannya secara mandiri	 Neng Sri Sulistiani








10	07.15 WIB	2	Menganjurkan klien untuk duduk atau belajar berjalan Hasil : Klien bersedia dan di bantu keluarga ketika duduk	 Neng Sri Sulistiani
11	07.15 WIB	1	Memberikan obat Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat, dan cairan infus RL	 Neng Sri Sulistiani
12	07.40 WIB	2	Memberi makan Hasil : Klien makan 1 porsi habiss	 Neng Sri Sulistiani
13	08.00 WIB	1	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil : Klien tampak meringis, gelisah dan berkeringat	 Neng Sri Sulistiani
14	08.05 WIB	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Hasil : Klien mengetahui nyeri karena post sc	 Neng Sri Sulistiani
15	08.10 WIB	1	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : Nyeri sangat berpengaruh pada aktivitas fisik	 Neng Sri Sulistiani
16	08.15 WIB	1	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Hasil : Menjelaskan Penyebab nyeri karena post sc, dan pemicunya penyembuha jaringan, penyempitan saraf, dan kontraksi otot karena tegang/ tidak nyaman	 Neng Sri Sulistiani
17	08.17 WIB	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi nyeri, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan kemandirian	 Neng Sri Sulistiani
18	08.20 WIB	2	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Klien bersedia untuk melakukan mobilisasi dini, dengan latihan duduk di tempat tidur	 Neng Sri Sulistiani
19	08.25 WIB	2	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga klien melihat pergerakan latihan duduk di tempat tidur	 Neng Sri Sulistiani

20	08.30 WIB	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Hasil : Pasien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa batuan keluarga	 Neng Sri Sulistiani
21	08.35 WIB	4	Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Klien mengatakan selama di bawa kerumah sakit belum mandi	 Neng Sri Sulistiani
22	08.40 WIB	4	Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Tingkat kemandirian belum ada	 Neng Sri Sulistiani
23	14.05 WIB	4	Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Hasil : Sudah di siapkan pakaian dan dalaman klien	 Neng Sri Sulistiani
24	14.10 WIB	4	Menyiapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) Hasil : Sudah menyiapkan handuk sampo, pasta gigi, sikat gigi	 Neng Sri Sulistiani
25	14.15 WIB	4	Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Hasil : Membantu klien untuk mandi	 Neng Sri Sulistiani
26	14.20 WIB	4	Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Hasil : Membantu klien untuk keramas, memakai baj, gosok gigi dan menyeka tubuh klien	 Neng Sri Sulistiani
27	14.25 WIB	4	Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : Klien bersedia mandi sehari 2x ganti pakaian, sikat gigi dan berhias	 Neng Sri Sulistiani
28	14.30 WIB	4	Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : mentang pentingnya perawatan diri, pasien dan keluarga mengerti	 Neng Sri Sulistiani
29	16.55 WIB	4	Melakukan tindakan TTV Hasil : Td: 110/70x/menit N: 90x/menit Spo ₂ : 97 x/ menit S : 36,5°C	 Neng Sri Sulistiani


30	17.00 WIB	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 4 (1-10)	 Neng Sri Sulistiani
31	17.10 WIB	1	Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri Hasil : Klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang	 Neng Sri Sulistiani
32	17.15 WIB	1	Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam Hasil : Klien megatakan skala nyeri berkurang dari 3 menjadi 4 dari 1(-10)	 Neng Sri Sulistiani
33	19.00 WIB	1	Memberikan pasien obat Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat	 Neng Sri Sulistiani
1	06.45 WIB	4	Melakukan tindak TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg N: 87x/menit R: 21x/menit S: 36.5°C Spo2 : 98%	 Neng Sri Sulistiani
2	06.50 WIB	1	Memberikan obat Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat, dan cairan infus RL	 Neng Sri Sulistiani
3	07.00 WIB	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri di perut sudah berkurang	 Neng Sri Sulistiani
4	07.10 WIB	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam dan pijat effeurage Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 3 (1-10)	 Neng Sri Sulistiani
5	07.12 WIB	1	Memberikan makan Hasil : Klien makan habis 1 porsi	 Neng Sri Sulistiani
6	07.15 WIB	4	Melepas Infuss Hasil : Pasien sudah di lepas infusnya	 Neng Sri Sulistiani




7	22 Januari 2025	07.30 WIB	1	Mengobservasi luka Hasil : Luka tampak bagus, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan/lesi	 Neng Sri Sulistiani
8		08.00 WIB	4	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi Hasil : Mengajarkan tanda tanda infeksi apa bila ada kemeraha, bengkak, pendaraha, jahitan terbuka segera konsultasi dengan tenaga medis	 Neng Sri Sulistiani
9		08.05 WIB	4	Mengganti balutan luka Hasil : Membersihkan dengan kasa 3, mengeringkan dengan kasa 3 dan menutup luka dengan kasa 3 dan di tutup oleh hypapik (teknik ganti perban basah)	 Neng Sri Sulistiani
10		08.15 WIB	4	Mengajarkan keluarga perawatan luka di rumah Hasil : Menedukasi pasien perawatan luka di rumah pasien dan keluarga mengerti	 Neng Sri Sulistiani
11		08.20 WIB	4	Menyuntik kb Hasil : Sudah dilakukan suntik KB 3 bulan	 Neng Sri Sulistiani
12		08.30 WIB	1	Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : Dengan cara teknik nafas dalam, dan pijat effeurage	 Neng Sri Sulistiani
13		09.05 WIB	1	Melakukan pijat effeurage untuk mengurangi nyeri Langkah-langkah pijat effeurage 15. Persiapan: <ul style="list-style-type: none"> Pastikan area pijat bersih dan nyaman. Gunakan minyak pijat atau lotion untuk mengurangi gesekan pada kulit. 16. Posisi Klien: <ul style="list-style-type: none"> Minta klien untuk berbaring dengan nyaman, baik telentang maupun duduk, sesuai dengan area yang akan dipijat. 17. Awal Pijat: <ul style="list-style-type: none"> Mulai dengan gerakan lembut untuk mengenalkan sentuhan kepada klien. Gunakan telapak tangan dan jari untuk mengusap kulit. 	 Neng Sri Sulistiani

			<p>18. Gerakan Mengalir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan gerakan mengalir dari bawah ke atas (atau sebaliknya) dengan tekanan yang lembut. Gerakan bisa dilakukan dari pinggul ke bahu, atau dari pergelangan kaki ke lutut. <p>19. Ulangi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lanjutkan gerakan effleurage secara berulang, dengan variasi tekanan sesuai kebutuhan klien. <p>20. Durasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pertahankan teknik ini selama 5-10 menit untuk setiap area, tergantung pada kebutuhan klien.. <p>21. Catatan</p> <ul style="list-style-type: none"> Selalu perhatikan kenyamanan klien. Sesuaikan tekanan dan kecepatan berdasarkan respons klien.(Anita et al., 2022) <p>Hasil : Pijat sudah dilakukan, selama pijatan klien tampak rileks dan tidak mengeluh nyeri</p>	
14	09.10 WIB	1	<p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil : Keluarga mengerti dan memperhatikan teknik effleurage</p>	<p>Neng Sri Sulistiani</p> 
15	09.10	1	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil : Klien mengatakan nyeri di perut berkurang</p>	<p>Neng Sri Sulistiani</p> 
16	09.25 WIB	1	<p>Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam dan pijat effleurage</p> <p>Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berkurang dari 3 menjadi 2 dari 1(-10)</p>	<p>Neng Sri Sulistiani</p> 
17	09.25	1	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : tampak sudah tidak meringis</p>	<p>Neng Sri Sulistiani</p> 

18	09.25 WIB	1	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil : Klien tampak lebih tenang dan segar	Neng Sri Sulistiani 
19	09.27 WIB	1	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Hasil : Klien mengatakan lebih rileks dan tidak merasakan nyeri setelah di pijat effeurage	Neng Sri Sulistiani 
20	09.30 WIB	1	Mengedukasi teknik pijat effeuragi dan nutris untuk ibu post sc Hasil : Klien dan keluarga melihat, mendengarkan dan mengerti	Neng Sri Sulistiani 
21	10.05 WIB	1	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Klien sudah bisa duduk dan jalan-jalan sendiri tanpa bantuan keluarga	Neng Sri Sulistiani 
22	10.10 WIB	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Klien mengatakan sudah bisa jalan-jalan di kamar dan keluar kamar	Neng Sri Sulistiani 
23	10.13 WIB	2	Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Klien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan diri sendiri/mandiri	Neng Sri Sulistiani 
24	10.15 WIB	3	Memberikan obat oral untuk di bawa pulang Hasil : Obat sudah di berikan(capsinat, asam mepenamat, SF. Gomino, vit c)	Neng Sri Sulistiani 

e. Evaluasi

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama & Ttd
22 Januari 2025	1	S : Klien mengatakan Nyeri sudah berkurang/menurun skala 2 (1-10) O : Klien tampak tenang A :	Neng Sri Sulistiani 

		Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan pasien pulang	
22 Januari 2025	2	S : Klien mengatakan sudah bisa jala-jalan di kamar dan keluar kamar O : Klien terlihat mampu berjalan tanpa bantuan A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P : Intervensi di hentikan pasien pulang	Neng Sri Sulistiani 
22 Januari 2025	3	S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan diri sendiri/ mandiri O : Klien tampak rapih dan bersih A : Maslah defisit perawatan diri terasasi P : Intervensi dihentikan pasien pulang	Neng Sri Sulistiani 
22 Januari 2025	4	S : Klen mengatakan sudah memahami bagaimana cara mencegah infeksi pada luka post sc O : Klien tampak mengerti dan paham A : Masalah resiko infeksi teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pulang	Neng Sri Sulistiani 

b. Pengkajian Pasien 2

2. Pengumpulan Data

b) Identitas Klien

Nama	: Ny. R
TTL	: Bandung, 13 Mei 2003
Umur	: 22 Thn
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status pernikahan	: Menikah
Suku /Bangsa	: Sunda
Tanggal asuk RS	: 20 Januari 2025 Jam: 07.00 WIB
Tanggal pengkajian	: 20 Januari 2025 Jam: 18.30 WIB
Tanggal /rencana operasi	: 20 Januari 2025 Jam: 14.30 WIB
No. Medrec	: 587580
Diagnosa Medis	: oligo letak lintang
Alamat	: Kp. Pabean RT/RW 03/17 Des. Cipaku Kec. Paseh

d) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 22 Thn
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: Buruh Pabrik
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Suami
Alamat	: Kp. Pabean RT/RW 03/17 Des. Cipaku Kec. Paseh

e) Riwayat Kesehatan

4) Riwayat Kesehatan Sekarang

(c) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Klien mengatakan udah seminggu ketuban sedikit lagi kemudian Pada hari Senin tgl 20 Januari 2025 pukul 09.00 WIB melakukan pemeriksaan ke poli kandungan lalu di rujuk langsung ke RSUD Majalaya pada pukul 10.00 WIB. Di tangani pertama di IGD karena ketuban terus keluar dan tidak ada pembukaan kemudian dilakukan SC pada tanggal 20 Januari 2025 pukul 14.30 WIB.

(d) Keluhan Utama Saat Di kaji

Pada saat dikaji tanggal 20 Januari 2025 pukul 18.30 WIB POD 5 jam Klien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika istirahat, nyeri seperti tersayat-sayat muncul tiba-tiba secara terus menerus, klien tampak meringis, gelisah dan berkeringat, nyeri menyebar ke belakang abdomen skla nyeri 7 (1-10) klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri.

5) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rsud majalaya pada tahun 2024 bulan novemeber karena pendarahan waktu kehamilan 8 bulan, klien positif HBSAG, Klien juga mengatakan dirinya tidak memiliki penyakit keturunan hipertensi dan diabetes.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular atau turunan/diturunkan lainnya.

f) Riwayat ginekologi dan obstetric

3) Riwayat ginekologi

(d) Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun
 Lama haid : 3-4 hari
 Siklus menstruasi : 28 hari
 Masalah selama haid : tidak ada gangguan menstruasi
 HPHT : 15 April 2024
 TP : 20 Januari 2025

(e) Riwayat pernikahan

Usia ibu menikah : 20 tahun
 Usia ayah menikah : 20 tahun
 Lama Pernikahan : 2 tahun
 Perniklanan ke : 1
 Jumlah anak : 1

(f) Riwayat keluarga berencana

Melaksanakan keluarga berencana : (√) Ya Tidak

Jenis kontrasepsi apa yang digunakan :

() MOP (Medis Operatif Pria) () IUD
 () MOW (Medis Operatif Wanita) () Pil
 (√) Suntik Inplant () Lain-lain

Lama menggunakan kontrasepsi : 3 bulan

Masalah yang terjadi : tidak ada

Rencana kontrasepsi yang akan digunakan : suntik

Alasan memilih kontrasepsi : karena lebih gampang

4) Riwayat obstetrik

(e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas dahulu

Anak Ke		Kehamilan		Penyulit		Komplikasi Nifas				Anak		
No	Th	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis Persalinan	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	JK	BB	PJ

1	0 bln	9 bulan	-	sc	Dokter	oligo letak lintang	ada	-	-	L	3110	48
---	-------	---------	---	----	--------	---------------------------	-----	---	---	---	------	----

(f) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan Kehamilan : pemeriksaan di bidan
secara rutin, trimester 1 ±
2x pemeriksaan, trimester 2
± 1x pemeriksaan,
trimester 3 ± 3 pemeriksaan

Riwayat Imunisasi : lengkap

Riwayat Pemakaian obat selama Kehamilan : asam polat, vitamin,
penambah darah.

Keluhan selama kehamilan : tidak ada

(g) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan : 20 Januari 2025

Tipe persalinan : spontan/ tindakan

Lama persalinan : Kala I tidak ada pembukaan, Kala II
lama persalinan 1 jam dari jam
14.30 WIB-15.30 WIB, Kala III
plasenta dilahirkan, 14.36 WIB.

Jumlah perdarahan : ± 300 ml

Jenis kelamin bayi : Laki-Laki BB : 3110 g PB : 48 cm

APGAR score : 9 (A: 1 P:2 G:2 A:2 R:2)

(h) Riwayat nifas sekarang

Lochea : rubra

Warna : merah

Bau : khas

Jumlah : 300 ml (tidak memenuhi pembalut)

Tinggi fundus : 1 jari di bawah pusar

Kontraksi : baik (setelah di palpasi teraba keras
seperti bulatan pada bagian perut)

f) Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/ hari	3x/hari
	Jenis	Nasi, lauk pauk	nasi tim sayur buah-buahan
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	Frekuensi	8 gelas	8 gelas
	Jumlah	2 L	2 L
	Jenis	Air putih	Air putih
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	1x/hari
	Warna	Kecoklatan	Kecoklatan
	Bau	Khas	Khas
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK		
	Frekuensi	5-6 x/hari	Terpasang kateter
	Jumlah	400 ml	400 ml
	Warna	Kuning jernih	Kuning
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat Tidur		
	Siang	1 jam	1 jam
	Malam	8 jam	8 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	k. Mandi	2x/hari	1x/hari diseka
	l. Gosok gigi	2x/ hari	1x/hari
	m. Keramas	1x/ hari	belum
	n. Gunting kuku	1x/ minggu	belum
	o. Ganti pakaian	2x/ hari	1x/hari
5	Aktivitas (mobilisasi)	Selama di rumah klien	Aktivitas klien hanya di bantu
	Jenis (pasif / aktif)	melakukan aktivitas sebagai	perawat dan keluarga karena
	Keluhan	ibu rumah tangga	nyeri, klien mengatakan
			kesulitan untuk bergerak
			karena merasa nyeri

n) Pemeriksaan Fisik

3) Pemeriksaan fisik ibu

(e) Keadaan Umum

Kesadaran : GCS 15 (E:4 M:6 V:5)

Penampilan : rapih

(f) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 120/73 mmHg

Nadi : 80 x /menit

Respirasi : 20 x /menit

Suhu : 36,5 °C

(g) Antropometri

Tinggi badan : 165 cm

BB sebelum hamil : 85 Kg

BB setelah hamil : 112 Kg

BB setelah melahirkan : 105 Kg

(h) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

(9) Kepala

Bentuk kepala simetriss, Kulit bersih, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, rambut rontok, tidak ada benjolan, bengkak dan nyeri tekan.

(10) Wajah

Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada poedem, tidak ada closma gravidarum, wajah tampak meringis dan gelisah

(11) Mata

Bentuk simetris, sklera putih, kebersihan cukup, konjungtiva merah muda, nyeri tekan tidak ada, ibu dapat mengikuti gerakan cahaya ke segala arah

(12) Telinga

Bentuk simetris, serumen tidak ada, nyeri tekan tidak ada, tidak ada bengkak/ kemerahan, klien dapat berespon dengan baik saat diajak berkomunikasi

(13) Hidung

Bentuk simetris, mukosa hidung merah muda, sekret tidak ada, pernapasan cuping hidung tidak ada, nyeri tekan tidak ada. dapat membedakan bau farpum, dan minyak telon.

(14) Mulut

Gigi dan gusi tidak ada kemerahan/ perdarahan pada gusi, tidak ada sariawan/ infeksi gusi, Mukosa bibir kering, stomatitis tidak ada, penyebaran gigi merata, tidak ada pembesaran tonsil. Dapat membedakan rasa manis, asin dan asam.

(15) Leher

Klien mampu menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri , Pembesaran kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis tidak ada.

(16) Dada

Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada, nyeri tekan tidak ada, suara nafas vesikuler, bunyi jantung S1,S2 tunggal reguler. Bentuk payudara simetris, puting susu menonjol, aerola mammae hiperpigmentasi, kolostrum sudah keluar, bengkak tidak ada, kebersihan cukup, lecet tidak ada, nyeri tekan tidak ada.

(14) Abdomen

Klien mengatakan luka di perut, Terdapat luka operasi SC dengan panjang ± 10 cm melintang dibawah pusar, tertutup hypafik, pendarahan tidak ada, uterus teraba baik (keras),TFU 1 jari dibawah pusat, distensi kandung kemih tidak ada, bising usus 15 x/menit.

(15) Punggung dan bokong

Kulit Punggung tidak ada tanda-tanda iritasi, kemerahan/ luka, tidak ada nyeri punggung, kulit bokong tidak ada ruam/ lesi.

(16) Genitalia

Perdarahan pervaginam; jumlah: sedang , warna: merah, konsistensi: kental, bau: khas

Flour albus; jumlah: sedikit, warna: bening, konsistensi: encer, bau: tidak berbau

Lochea; jumlah: 300 ml (tidak memenuhi pembalut), warna: merah, konsistensi: kental, bau: khas

Terpasang dower cateter

Luka episiotomy; kondisi luka: tidak ada luka episiotomy

(17) Anus

Anus bersih tidak adak lesi pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada haemoroid

(18) Ekstremitas

- Ekstremitas atas

Pergerakan terkoordinasi, cyanosis tidak ada, edema tidak ada, terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, keadaan kuku bersih tidak panjang

5	5
---	---

- Ekstremitas bawah

Pergerakan terkoordinasi, cyanosis tidak ada, odema tidak ada, varises tidak ada. Reflekk homan sains negatif /tidak nyeri, keadaan kuku bersih tidak panjang

5	5
---	---

4) Pemeriksaan fisik bayi

(d) Keadaan Umum

Penampilan : bersih

Kesadaran bayi : sangat baik

APGAR Score	1 mnt pertama	5 mnt pertama
Appearance (warna kulit)	1	1
Pulse (denyut jantung)	1	2
Grimace (respon refleks)	2	2
Activity (tonus otot)	1	2
Respiration (pernafasan)	2	2
Jumlah	7	9

(e) Antropometri

Berat badan : 3110 Kg

Panjang badan : 48 cm

Lingkar kepala : 34 cm

Lingkar dada : 31 cm

Lingkar abdomen : 31 cm

Lingkar lengan atas : 9 cm

(f) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe* (dilengkapi dengan refleks primitif bayi baru lahir)

(14) Kepala

Bentuk kepala simetris, ukuran ubun-ubun ± 1 cm, rambut hitam, lembut, penyebaran rambut merata

(15) Wajah

Simetris, warna kulit wajah berwarna merah muda

(16) Mata

tidak ada pendarahan subkonjungtiva atau lainnya

(17) Telinga

Bentuk dan posisi telinga simetris

(18) Hidung

Ukuran hidung kecil, saluran hidung tidak ada sumbatan, terdapat dua lubang hidung.

(19) Mulut

tidak labiokisis atau kelainan lainnya di mulut, gusi berwarna merah muda, terdapat refleks menghisap dan rooting pada bayi

(20) Leher

Bentuk leher pendek, kepala dapat bergerak bebas, tidak ada pembesaran atau pembengkakan. Tidak ada kelainan pada tulang belakang di area leher.

(21) Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada pembengkakan, frekuensi nafas

Tidak ada bunyi nafas tambahan

(22) Abdomen

Bentuk perut sedikit buncit, perut simetris tidak ada benjolan atau kelainan lainnya, tidak ada nyeri tekan. Bentuk tali pusat menonjol, Kondisi tali pusat tidak ada pendarahan, infeksi atau bau yang tidak sedap

(23) Punggung dan bokong

Bentuk punggung bayi simetris, tidak ada lesi, ruam, tidak ada kelainan, bentuk bokong simetris dan tidak ada kelainan bentuk.

(24) Genitalia

Ukuran penis 3 cm, klubang kencing di ujung penis. Tesris sudah turun ke skrotum, skrotum simetris, tidak ada pembengkakan atau kelainan lainnya.

(25) Anus

Letak anus normal, tidak ada kemerahan, lesi di sekitar anus, bayi sudah bab, tidak ada benjolan di sekitar anus

(26) Ekstremitas

- Ekstremitas atas

Ukuran kedua lengan simetris dan proporsional, tidak ada pembengkakan, jumlah jari pada setiap tangan normal. 5 jari di setiap tangan, tidak ada sindaktil/polidaktil, terdapat refleks menggenggam (grasping), refleks moro (mengangkat tangan dan kaki saat terkejut).

- Ekstremitas bawah

Bentuk kedua kaki simetris, panjang kaki simetris, jumlah jari p5 di setiap kaki, tidak ada Terdapat refleks moro (mengangkat tangan dan kaki saat terkejut, Refleks babinski (jari-jari kaki bayi akan membuka saat telapak kaki di rangsang), refleks menggenggam jari kaki

o) Data Psikologis

2) Adaptasi psikologi post partum

Klien menerima keadaan dan belajar merawat bayinya, keluarga dan suami memberikan dukungan yang kuat. Klien mampu mengontrol emosi dan membiasakan diri dengan perubahan. Klien termasuk dalam kategori letting go karena mampu merawat bayi secara mandiri

3) Konsep diri

(f) Gambaran diri

Klien mengatakan terjadi perubahan fisik, klien mengatakan bersyukur dengan apa yang ada pada dirinya dan klien ingin segera pulang dan bertemu anaknya

(g) Ideal diri

Klien mengatakan harapan tinggi terhadap dirinya sebagai orang tua, klien merasa puas menjadi seorang ibu

(h) Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya sekarang

(i) Peran

Klien sebagai ibu dari 1 anak dan seorang istri

(j) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya seorang perempuan berusia 20 tahun

p) Data Sosial

Klien mengatakan sangat dekat dengan orang tuanya, hubungan dengan tetangga masyarakat dan lingkungan baik, kondisi lingkungan yang bersih dan nyaman, akses ke layanan kesehatan juga penting penting.

q) Kebutuhan *Bounding Attachment*

Klien membutuhkan interaksi fisik yang dekat dengan bayinya seperti menyusui, interaksi yang positif dengan bayi membantu membangun ikatan emosional yang kuat antara ibu dan anak. Dukungan dari keluarga dan suami sangat penting, klien mengatakan perlu bergabung dengan ibu-bayi untuk berbagi pengalaman

r) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Klien mengatakan harus menunggu 6 minggu setelah melahirkan sebelum berhubungan seksual.

s) Data Spiritual

keyakinan hidup yang kuat, optimisme kesembuhan melalui dukungan doa dan dukungan keluarga, selama nifas tidak melakukan ibadah.

t) Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Klien tidak tahu cara perawatan diri pada ibu post sc, breast care, perawatan luka perineum, perawatan luka dirumah.

u) Data Penunjang

2) Labolatorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
20 Januari 2025	HEMATOLOGI			
Pukul 20.20 WIB	<ul style="list-style-type: none"> Hematologi Rutin 			
	Hemoglobin	10.8	g/dL	12.0-16.0
	Leukosit	12,000	/uL	4,000-10,000
	Hematokrit	34	%	37-47
	Eritrosit	4.0	10 ⁶ uL	3.8-5.2
	Trombosit	263,000	uL	150,000-450,000
11.03 WIB	Golongan darah	B +		
11.24 WIB	GDS	90	Mg/dl	100-140

b) Program dan Rencana Pengobatan

Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu	Tujuan
20 Januari 2025	RL	500cc	IV	1x1	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang saat, mengalami luka cedera/ menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak
	Capsinat	6 mg	IV	2x1	Untuk mengatasi berbagai infeksi
	ketorrolac	120 mg	IV	2x1	Untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pasca operasi nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak
22 Januari 2025	capsinat	500 mg	oral	3x1	Untuk mengatasi berbagai infeksi
	Asam mepenamat	500 mg	Oral	3x1	Untuk menangani nyeri ringan sampai sedang.
	Sf	100 mg	Oral	1x1	Untuk mengatasi anemia akibat kekurangan zat besi dalam darah
	curcuma	20 mg	Oral	1x1	Untuk menjaga kesehatan dan fungsi hati, serta mengurangi peradangan pada hati.
	gomino	500 mg	Oral	1x1	Untuk mengatasi gatal dan masalah kulit
	Vitamin c	250 mg	Oral	1x1	Memperkuat kekebalan tubuh dan membantu melawan penyakit serta infeksi viris seperti flu/ pilek

3. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri di area perut Nyeri terasa ketika pasien bergerak nyeri seperti tersayat-sayat tiba-tiba dan terus menerus DO :	Proses pembedahan ↓ Luka post op ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang reseptor nyeri ↓ Nyeri	Nyeri akut

	<ul style="list-style-type: none"> tampak meringis, gelisah dan berkeringat, skala nyeri 7 (1-10) 	↓ Nyeri akut	
2	DS : <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri. sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak DO : <ul style="list-style-type: none"> Tampak lemah 	Luka post sc ↓ Luka insisi abdomen ↓ Nyeri akut ↓ Fisik lemah ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan luka di perut DO : <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka operasi SC dengan panjang ± 10 cm 	Tindakan sc ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Jalan masuk kuman ↓ Resiko infeksi	Risiko infeksi

f. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	
2	Gangguan Mobilitas fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	
3	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0070)	20 Januari 2025	Neng Sri Sulistiani	

g. Perencanaan






No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam, diharapkan Tingkat nyeri (L. 08066) menurun, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Merungis menurun Gelisah menurun 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal 	Observasi <ul style="list-style-type: none"> Memahami detail nyeri membantu dalam diagnosis yang tepat dan memilih intervensi yang sesuai. Lokasi dan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan penyebab yang berbeda. Menggunakan skala nyeri (seperti skala 0-10) memungkinkan pengukuran

			<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat effeurage) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>objektif dan evaluasi efektivitas terapi nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respons non-verbal (seperti ekspresi wajah dan postur) dapat memberikan informasi tambahan tentang tingkat nyeri, terutama pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal. • Mengetahui faktor pemicu atau pengurang nyeri membantu dalam merencanakan intervensi yang lebih efektif dan individual. • Nyeri yang tidak terkelola dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, kesehatan mental, dan kualitas hidup secara keseluruhan. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi Persepsi Nyeri, Meningkatkan Sirkulasi Darah, Relaksasi Otot, Meningkatkan Mobilitas <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan yang jelas membantu pasien memahami kondisi mereka dan mengurangi kecemasan. • Memberikan informasi tentang strategi yang tersedia memungkinkan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam manajemen nyeri mereka. • Memberdayakan pasien dengan teknik ini dapat meningkatkan kontrol mereka terhadap nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerja sama antara tim medis dan pasien dalam pemberian analgetik memastikan manajemen nyeri yang efektif dan aman.
2	Gangguan Mobilitas fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam di harapkan Mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil :	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p>	<p>Obeservasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memahami adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya membantu dalam menilai kondisi pasien dan



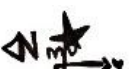
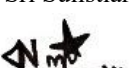
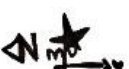

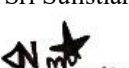


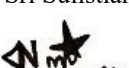
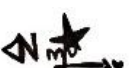
<ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat • Nyeri menurun • Kelemahan fisik menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). 	<p>menyesuaikan rencana mobilisasi yang aman dan efektif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui seberapa jauh pasien dapat bergerak tanpa mengalami ketidaknyamanan atau nyeri penting untuk mencegah cedera dan meningkatkan kepercayaan diri pasien. • Memantau tanda vital sebelum mobilisasi memastikan bahwa pasien berada dalam kondisi stabil dan dapat menghindari risiko komplikasi, seperti hipotensi ortostatik. • Memantau kondisi pasien secara real-time selama mobilisasi memungkinkan intervensi cepat jika terjadi tanda-tanda distress atau ketidaknyamanan. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan bantuan fisik atau instruksi dalam melakukan pergerakan membantu pasien untuk bergerak dengan aman dan mengurangi risiko jatuh. • Keterlibatan keluarga dapat meningkatkan dukungan emosional dan fisik, serta memotivasi pasien untuk lebih aktif dalam proses pemulihan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan penjelasan yang jelas membantu pasien memahami pentingnya mobilisasi, meningkatkan motivasi dan kepatuhan terhadap program rehabilitasi. • Mobilisasi dini dapat mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, dan mempercepat proses penyembuhan. • Mengajarkan teknik mobilisasi yang sederhana memungkinkan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara
--	--	--






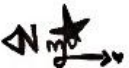
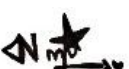
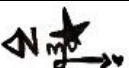



				mandiri dan meningkatkan rasa percaya diri serta kemandirian.
3	Resiko infeksi berhubungan dengan terputusnya jaringan (D.0070)	Setelah dilakukan tindakan selama 2x24 jam tingkat infeksi (L.14137) menurun, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> Kebersihan badan meningkat Nyeri menurun 	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> batasi jumlah pengunjung cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara cuci tangan yang benar Ajarkan tika batuk efektif Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	Observasi <ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda seperti demam, kemerahan, nyeri, bengkak,/keluar cairan dari luka Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> Mengurangi paparan terhadap mikroorganisme dari luar yang dapat meningkatkan risiko infeksi Mencuci tangan adalah tindakan utama untuk mencegah penyebaran infeksi Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Memastikan pasien dan keluarga mampu mengenai tanda awal infeksi sejak dini sehingga dapat segala melaporkan kepada tim medis Teknik mencuci tangan yang benar membantu mencegah penyebaran mikroorganisme patogen ke pasien Etika batuk yang baik (menutup mulut dengan tisu/lengan bagian dalam) membantu mengurangi doplet yang berpotensi menularkan infeksi saluran pernapasan Pasien dan keluarga mampu memantau luka dengan benar dapat mendeteksi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak/keluarnya cairan lebih awal nutrisi yang cukup membantu memperkuat sistem kekebalan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan









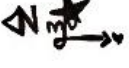


h. Pelaksanaan




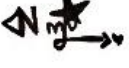
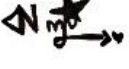
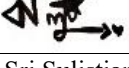
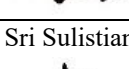
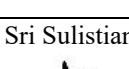
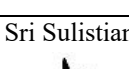
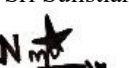
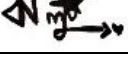

No	Tanggal	Jam	DP	Tindakan	Nama & Ttd
1	20 Januari 2025	18.30 WIB	1	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan faktor pencetus nyeri setelah 3 jam post operasi Hasil : Klien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika istirahat, nyeri seperti tersayat-sayat muncul tiba-tiba secara terus menerus	Neng Sri Sulistiani 
2		18.30 WIB	2	Memantau adanya keterbatasan klien dalam melakukan pergerakan Hasil : klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri	Neng Sri Sulistiani 
3		18.35 WIB	4	Monitor tanda-tanda vital Hasil : TD: 140/90 mmHg, N: 85 x/menit S:36,8°C RR: 21x/menit Spo2 : 97%	Neng Sri Sulistiani 
4		18.40 WIB	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan nyeri di angka 7 yaitu nyeri berat yaitu dari skala (1-10)	Neng Sri Sulistiani 
5		19.40 WIB	1	Melakukan teknik nonfarmakologi teknik nafas dalam dan mengajarkan cara terapi relaksasi nafas dalam Langkah-langkah Melakukan Teknik Nafas Dalam: 8. Posisi Nyaman: <ul style="list-style-type: none"> Duduk atau berbaring dalam posisi yang nyaman. Usahakan tempat tenang dan minim gangguan. 9. Pejamkan Mata: <ul style="list-style-type: none"> Ini bertujuan untuk meningkatkan konsentrasi dan mengurangi stimulasi eksternal. 10. Tarik Nafas Dalam: <ul style="list-style-type: none"> Tarik napas secara perlahan dan dalam melalui hidung. Isi paru-paru sampai ke perut (pernapasan diafragma). Rasakan perut mengembang, bukan dada. 11. Tahan Napas: Tahan selama beberapa detik (\pm 3–5 detik), sesuai kenyamanan. 12. Hembuskan Nafas Perlahan: <ul style="list-style-type: none"> Keluarkan udara perlahan-lahan melalui mulut. Rasakan tubuh mulai rileks. 13. Ulangi Secara Berirama: <ul style="list-style-type: none"> Lakukan latihan ini secara berirama, perlahan dan nyaman. Ulangi 5–10 kali atau selama \pm 10–15 menit. 	Neng Sri Sulistiani 

14. Catatan Penting:			
<ul style="list-style-type: none"> Bisa dilakukan 3 kali sehari, misalnya setiap 2 jam sekali, terutama pasca operasi untuk mengurangi intensitas nyeri.(Fitri et al., 2024) 			
<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> percobaan pertama masih belum terlaksana dengan baik karna saat klien menarik nafas tidak ada pergerakan dada dan abdomen Percobaan kedua masih belum terlaksana karna pada saat klien menarik nafas tidak ada jeda selama 3 detik Percobaan ketiga klien sudah bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar dan baik yaitu dengan adanya pergerakan dada dan abdomen seirama, dan menarik nafas lewat hidung 			
6	19.55 WIB	1	Menanyakan kembali skala nyeri setelah dilakukan relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skal nyeri berkurang menjadi 6 dari 7 (1-10)
9	19.00 WIB	1	Memberikan obat Hasil : Sudah di berikan obat ketorolak Capsinat melalui IV Line
1	07.00 WIB	1	Monitor tekanan darah klien Hasil : Melakukan tindakan TTV Hasil : TD : 130/100 mmHg N : 85 x/menit R : 20 x/menit S : 36,5°C
2	07.05	2	Mengidentifikasi pergerakan klien Hasil : Klien belum bisa duduk di kasur dan miring kanan miring kiri dengan sendiri
3	07.05	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri di perut, seperti tersayat-sayat, tiba-tiba dan terus menerus, nyeri dirasa ketika bergerak.
4	21 Januari 2025 07.05 WIB	2	Menjelaskan pada klien bahwa hari pertama post operasi klien harus sudah bisa menggerakkan kaki dan tangan, miring kiri dan kanan Hasil : klien mengikuti intruksi melakukan miring kiri sekitar 15 dekit dan miring kanan sekitaran 10 dekit dengan bantuan
5	07.06 WIB	2	Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan dan aktivitas klien Hasil : keluarga klien mengatakan selalu membantu klien dalam melakukan aktivitasnya

6	07.07	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 6 (1-10)	Neng Sri Sulistiani 
7	07.08	1	Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri Hasil : Klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang	Neng Sri Sulistiani 
8	07.15	1	Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam Hasil : Klien megatakan skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 6 dari 1(-10)	Neng Sri Sulistiani 
9	07.15	1	Menanyakan faktor yang memperberat dan meringakan nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri Muncul ketika bergerak	Neng Sri Sulistiani 
10	07.20	2	Memberikan motivasi kepada pasien untuk sabar dan tetap belajar melakukan mobilisasi agar cepat proses pemulihan Hasil : Klien mengatakan akan mencoba melakukannya secara mandiri	Neng Sri Sulistiani 
11	07.22	2	Menganjurkan klien untuk duduk atau belajar berjalan Hasil : Klien belum bisa duduk dengan posisi fowler dan semi fowler	Neng Sri Sulistiani 
12	07.25	1	Memberikan obat Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat, dan cairan infus RL	Neng Sri Sulistiani 
13	07.30	4	mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : Sebelum dan sesudah kepasien sudah mencuci tangan	Neng Sri Sulistiani 
14	07.35	4	Mengajarkan cuci tangan yang benar Hasil : Klien dan keluarga melihat dan memperagakan gerakan cuci tangan 6 langkah	Neng Sri Sulistiani 
15	07.37	2	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : tampak lemas meringis dan berkeringat	Neng Sri Sulistiani 
16	07.40	1	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri di rasa ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat	Neng Sri Sulistiani 

17	07.43	1	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Hasil : Klien mengetahui nyeri karena post sc	Neng Sri Sulistiani	
18	07.45	1	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : Nyeri sangat berpengaruh pada aktivitas fisik	Neng Sri Sulistiani	
19	07.47	1	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Hasil : Menjelaskan Penyebab nyeri karena post sc, dan pemicunya penyemua jaringan, penyempitan saraf, dan kontraksi otot karena tegang/ tidak nyaman	Neng Sri Sulistiani	
20	07.50	2	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi nyeri, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan kemandirian	Neng Sri Sulistiani	
21	07.55	2	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Klien bersedia untuk melakukan mobilisasi dini, dengan miring kanan dan kiri tanpa bantuan	Neng Sri Sulistiani	
22	07.55	2	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga klien melihat pergerakan latihan di tempat tidur	Neng Sri Sulistiani	
23	13.00 WIB	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Hasil : Pasien sudah bisa duduk di tempat tidur tanpa bantuan	Neng Sri Sulistiani	
24	13.05	4	Membantu mengganti pakaian Hasil : Baju sudah di ganti	Neng Sri Sulistiani	
25	13.15 WIB	3	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : tampak lemas dan mengantuk	Neng Sri Sulistiani	
26	13.15	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 5 (1-10)	Neng Sri Sulistiani	
27	13.20 WIB	1	Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri Hasil : Klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang	Neng Sri Sulistiani	



28	13.35 WIB	1	Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 4 dari 1(-10)	Neng Sri Sulistiani 
29	13.35 WIB	1	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Hasil : Terapi non farmakologi teknik nafas dalam cukup efektif, dan melakukakn kontrak waktu untuk besok melakukan pijat effeurage untuk mengurangi nyeri	Neng Sri Sulistiani 
30	13.40 WIB	2	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi nyeri, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan kemandirian	Neng Sri Sulistiani 
31	13.45 WIB	2	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Klien bersedia untuk melakukan mobilisasi dini	Neng Sri Sulistiani 
32	13.45 WIB	2	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga klien melihat dan membantu pergerakan	Neng Sri Sulistiani 
33	13.50 WIB	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Hasil : Klien sudah bisa pindah dari tempat tidur ke kursi	Neng Sri Sulistiani 
34	17.00 WIB	1	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : Td: 130/80x/menit N: 90x/menit Spo ₂ : 97 x/ menit S : 36,5°C	Neng Sri Sulistiani 
35	17.10	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 4 (1-10)	Neng Sri Sulistiani 
36	17.15	1	Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri Hasil : Klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang	Neng Sri Sulistiani 
37	17.25	1	Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam Hasil : Klien megatakan skala nyeri berkurang dari 3 menjadi 4 dari 1(-10)	Neng Sri Sulistiani 
38	19.00 WIB	1	Pemberian obat Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat, dan cairan infus RL	Neng Sri Sulistiani 

1	22 Januari 2025	06.15 WIB	4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : Sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Neng Sri Sulistiani	
2		06.20 WIB	1	Memonitor tanda-tanda vital Td: 120/80x/menit N: 90x/menit Spo ₂ : 97 x/ menit S : 36,5°C	Neng Sri Sulistiani	
3		06.30 WIB	1	Menanyakan skala nyeri sebelum dilakukan nya teknik relaksasi nafas dalam dan pijat effeurage Hasil : Klien mengatakan skala nyeri berada di angka 3 (1-10)	Neng Sri Sulistiani	
4		06.32 WIB	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Klien mengatakan nyeri di perut sudah berkurang tidak terlalu sakit seperti hari pertama	Neng Sri Sulistiani	
5		07.00 WIB	1	Memberikan obat Hasil : sudah di berikan obat ketorolak Capsinat	Neng Sri Sulistiani	
6		07.35 WIB	4	Melepas Infuss Hasil : Pasien sudah di lepas infusnya	Neng Sri Sulistiani	
7		09.00 WIB	4	Mengobservasi luka Hasil : Luka tampak bagus, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan/lesi	Neng Sri Sulistiani	
8		09.05 WIB	4	Menganjurkan cara memeriksa kondisi luka operasi Hasil : Mengajarkan tanda tanda infeksi apa bila ada kemeraha, bengkak, pendaraha, jahitan kebuka segera konsultasi dengan tenaga medis	Neng Sri Sulistiani	
9		09.10 WIB	4	Mengganti balutan luka Hasil : mengeringkan dengan kasa 3 dan menutup luka dengan kasa 3 dan di tutup oleh hypapik (teknik ganti perban kering)	Neng Sri Sulistiani	
10		09.10 WIB	4	Menggajarkan keluarga perawatan luka di rumah Hasil : Keluarga melihat dan mengerti	Neng Sri Sulistiani	
11		09.15	4	Menyuntik kb Hasil : Sudah dilakukan suntik KB 3 bulan	Neng Sri Sulistiani	
11		09.50 WIB	1	Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : Dengan cara teknik nafass dalam, dan pijat effeurage	Neng Sri Sulistiani	

12	09.55 WIB	1	<p>Melakukan pijat effleurage untuk mengurangi nyeri</p> <p>Langkah-langkah pijat effleurage</p> <p>22. Persiapan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pastikan area pijat bersih dan nyaman. Gunakan minyak pijat atau lotion untuk mengurangi gesekan pada kulit. <p>23. Posisi Klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minta klien untuk berbaring dengan nyaman, baik telentang maupun duduk, sesuai dengan area yang akan dipijat. <p>24. Awal Pijat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mulai dengan gerakan lembut untuk mengenalkan sentuhan kepada klien. Gunakan telapak tangan dan jari untuk mengusap kulit. <p>25. Gerakan Mengalir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan gerakan mengalir dari bawah ke atas (atau sebaliknya) dengan tekanan yang lembut. Gerakan bisa dilakukan dari pinggul ke bahu, atau dari pergelangan kaki ke lutut. <p>26. Ulangi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lanjutkan gerakan effleurage secara berulang, dengan variasi tekanan sesuai kebutuhan klien. <p>27. Durasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pertahankan teknik ini selama 5-10 menit untuk setiap area, tergantung pada kebutuhan klien.. <p>28. Catatan</p> <ul style="list-style-type: none"> Selalu perhatikan kenyamanan klien. Sesuaikan tekanan dan kecepatan berdasarkan respons klien.(Anita et al., 2022) <p>Hasil : Pijat sudah dilakukan, selama pijatan klien tampak rileks dan tidak mengeluh nyeri</p>	Neng Sri Sulistiani
13	10.00 WIB	1	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil : Klien mengatakan nyeri di perut berkurang</p>	Neng Sri Sulistiani
14	10.05 WIB	2	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : tampak sudah tidak meringis</p>	Neng Sri Sulistiani
15	10.10 WIB	1	<p>Menanyakan kembali skala nyeri setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam dan pijat effleurage</p> <p>Hasil : Klien megatakan skala nyeri berkurang dari 3 menjadi 2 dari 1(-10)</p>	Neng Sri Sulistiani

16	10.15 WIB	1	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil : Klien tampak lebih fress dan segar	Neng Sri Sulistiani 
17	10.20 WIB	1	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Hasil : Klien mengatakan lebih rileks dan tidak merasakan nyeri setelah di pijat effeurage	Neng Sri Sulistiani 
18	10.25 WIB	4	Mengajarkan meningkatkan asupan nutri Hasil : Klien mengerti	Neng Sri Sulistiani 
19	10.30 WIB	1	Mengedukasi teknik pijat efferagi dan nutris untuk ibu post sc Hasil : Klien dan keluarga melihat dan mendengarkan	Neng Sri Sulistiani 
20	10.35 WIB	1	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : Keluarga mengerti teknik effeurage	Neng Sri Sulistiani 
21	10.40 WIB	2	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : Klien sudah bisa duduk dan jalan-jalan sendiri tanpa bantuan keluarga	Neng Sri Sulistiani 
22	10.45 WIB	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Klien mengatakan sudah bisa jala-jalan di kamar dan keluar kamar	Neng Sri Sulistiani 
23	11.00 WIB	1	Memberikan obat oral untuk di bawa pulang Hasil : Obat sudah di berikan	Neng Sri Sulistiani 

i. Evaluasi

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama & Ttd
22 Januari 2025	1	S : Klien mengatakan Nyeri sudah berkurang/menurun skala 2 (1-10) O : Klien tampak lebih rileks A : Masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisik teratasi P : Intervensi di hentikan pasien pulang	Neng Sri Sulistiani 
22 Januari 2025	2	S : Klien mengatakan sudah bisa jala-jalan di kamar dan keluar kamar O : Klien terlihat mampu berjalan tanpa bantuan A :	Neng Sri Sulistiani 

		Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi	
		P :	
		Intervensi di hentikan pasien pulang	
22 Januari 2025	3	S :	
		Klien mengatakan sudah memahami bagaimana cara mencegah infeksi pada luka post sc	
		O :	
		Klien tampak mengerti dan paham	
		A :	
		Masalah resiko infeksi teratasi	
		P :	
		Intervensi dihentikan pasien pulang	



Neng Sri Sulistiani

Lampiran 4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : Saw
 Nama Pasien : My. A
 Nama Mahasiswa : Heng Sri Sulistiani



No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
	20 Januari 2025	11.20	Melakukan TTV		
		14.30	mengidentifikasi gates durasi karakteristik dan factor penyebab nyeri.		
		14.35	memantau adanya keterbatasan pnen dalam melakukan pergerakan		
		14.35	mengidentifikasi kondisi umum klien		
			menanyakan skala nyeri sebelum rangsasan nafas dalam		
		14.40	melakukan teknik nafas dalam		
		15.00	menanyakan kembali skala nyeri setelah dilakukan relaksasi		
		15.05	menjelaskan pada klien bahwa hari pertama post op harus bisa menggerakan kaki tangan mika. miki		
		15.10	menganjurkan cpd keel untuk membantu pergerakan		

ju
 Ann Rika, S.Keb. Bidan

af

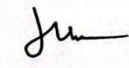

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : SAW
 Nama Pasien : Hy. N
 Nama Mahasiswa : Neng Sri Kusnanti

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
	21 Januari 2025	19.00	membagikan obat		 Aan Rika, S. Keb. Bidan
		19.10	monitor kondisi UFA		
		19.15	menganjurkan kembali untuk melakukan relaps cobi nafas dalam		
		20.00	up kateter		
		20.10	menganjurkan untuk istirahat		
		06.40	mengidentifikasi lokasi persarafan Erih		
			mengidentifikasi lokasi karakteristik nyeri		
		06.50	menanyakan skala		
		06.55	menganjurkan untuk melakukan relaps nafas dalam		
		07.10	menanyakan skala setelah relaps nafas dalam		
		07.15	menanyakan faktor yg memperberat & memperngun nyeri		
		07.12	diskusi perawatan diri		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 120
 Nama Pasien : Ny. A
 Nama Mahasiswa : Neng Sri Sulichani

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
		07.13	memberikan motivasi kepd klien		 Han Rika, S. Keb. Bid.
		07.15	menganjurkan untuk duduk / berjalan		
		07.18	memberikan obat memberi makan		
		08.00	mengidentifikasi respon nyeri		
		08.05	mengidentifikasi perse tahuan ttg nyeri		
		08.10	mengidentifikasi pengaruh nyeri pd kualitas hidup		
		08.15	mengatakan penyebab nyeri		
		08.17	mengatakan tujuan & prosedur mobilisasi		
		08.20	menganjurkan melakukan mobilisasi diri		
		08.25	memberikan kelelahan dan mobilisasi diri		
		08.30	menganjurkan mobilisasi secara mandiri		
		08.35	mengidentifikasi keber hasilan perawatan diri		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 800
 Nama Pasien : Ny. A
 Nama Mahasiswa : Neng Sri Suwanti

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
		08.40	memonitor tingkat kemandirian		
		14.05	mengidentifikasi kebutuhan diri		
		14.10	mempaparkan keperawatan		
		14.15	mendampingi diri perawatan diri		
		14.20	mempasilitasi kemandirian perawatan diri		
		14.25	mengjadwalkan rutinitas perawatan diri		
		16.55	melaunch TTV		
		17.00	menangapa skalanya		
		17.15	menyatakan skala nyeri setelah bedpas dalam		
		19.00	memberikan obat		
	22 Januari 2018	06.45	melaunch TTV		
		06.50	memberikan obat		
		07.00	mengidentifikasi nyeri		
		07.10	menangapa skala		
		07.12	memberi makan		
		07.15	UP intake		
		07.20	mengobservasi luka		

Ju
 Aan Rika, S. Keb Bidan

at

Lampiran 5 Hasil Turnitin

KTI NENG SRI SULISTIANI			
ORIGINALITY REPORT			
10%	9%	2%	4%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	repository.bku.ac.id Internet Source	2%	
2	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1%	
3	jurnal.stikeskesosi.ac.id Internet Source	<1%	
4	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	<1%	
5	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1%	
6	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1%	
7	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1%	
8	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1%	
9	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III	<1%	

RIWAYAT HIDUP



Nama : Neng Sri Sulistiani

Nim : 221FK01004

Tempat/Tanggal Lahir : Bandung, 18 September 2000

Alamat : Kp. Cikong RT 02 RW 17, Kelurahan Cikoneng,
Kecamatan Ciparay, Kabupaten Bandung, Provinsi
Jawa Barat, Kode Pos 40381

Pendidikan

1. Mi Ypi Cikoneng : 2007-2013
2. Smp Ypi Ciparay : 2013-2016
3. Ma Ypi Cikoneng : 2016-2019
4. Universitas Bhakti Kencana Bandung Jurusan DIII Keperawatan
Fakultas Keperawatan : 2022-2025