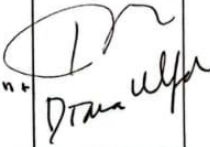
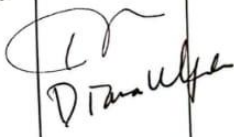


Lampiran 1 kartu bimbingan

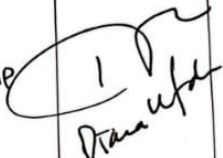
**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Neng Mala Komalasari
 NIM : 221FK01022
 Pembimbing Utama : Ho. Diana ulfa, S.Kp., M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade Rita Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
I	Jelas, 11 Februari - 2024	1. Bimbingan Karus I 2. Perbaiki Pengkasan 3. Lengkapi Dari Data Pseudosis + taking in + taking hand	 Diana ulfa
		2. Bimbingan Karus 2. Perbaiki Dari intervensi sample implementasi	 Diana ulfa
2.	Rabu, 12-2 - 2024	1. Perbaiki latar Belakang Jipengras lagi	 Diana ulfa
		1. Perbaiki Bab 2 Tambahkan intervensi Bisiki Dikonsep Artikanya	 Diana ulfa

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Nong Mala Komalasari
 NIM : 221F101022
 Pembimbing Utama : Hj. Diana Ulfah, S.Kp., M. Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade Rita Herawati, S.Kep, Ners., M. Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
3.	Jum'at 14-2-2025	1. Perbaiki Bab 3 2. Harus Memakai Penulisan dan diakhir akhir Paragraf	
		1. Perbaiki Bab I-3	
4.	Sabtu, 15-2-2025	ASL SUP Acc Bab I, II, & III	

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Neng Maza Komalasari
 NIM : 2218401022
 Pembimbing Utama : Hj. Diana Ulfah, S.KP, M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade Tika Herawati, S.kep., Ners., M.kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 11 Februari 2025	- Perbaiki Bab I. - Urutkan pendirian latar belakang. - Ekar purno kesetir.	 Ade Tika ft
2.	Rabu, 12/2/2025	- Bab I Ace. - Bab 2 Baku konsep yg nyeri.	 Ade Tika.
3.	Jumat, 14/2/2025	- Bab 1. tambahkan peran perawat - Bab II. tambahkan konsep nyeri - Bab III. ace.	 Ade Tika.
4.	Sen, 15/2/2025	Ace final proposal.	 Ade Tika.

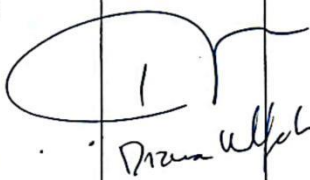
KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Nong Mala Komalasari
 NIM : 221401022
 Pembimbing Utama : Hj. Diana Ulfah, S.KP., M. Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade tika Herawati, S.KP., Ners., M. Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Jumat 23/05/2025	Konsul Bab 1-3 Perbaiki Enam Sup	 Diana Ulfah
2.	Senin 24/05/2025	Bab 1: - Sumber Dampas dari Buru Aki Bab 2: - Etiologi & Jarak satu sumber - kpd: 2 sumber + operasional sendiri Bab 3: - Definisi Operasionalnya Perbaiki, Substansinya diperbaiki	 Diana Ulfah
3.	Selasa 27/05/2025	Bab: 4 Perbaiki Bab: 5 Perbaiki	 Diana Ulfah

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Neng Mela Komalasari
 NIM : 221FK01022
 Pembimbing Utama : H2. Diana ulfah, S.Kep., M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade Tito Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
4.	Rabu 28/05/2025	Konsul KTI lengkap ACC sudah	 Diana ulfah

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Neng Mela Komalasari
NIM : 2218K01022
Pembimbing Utama : Hs. Diana Ulfah, S.Kep., M.Kep
Pembimbing Pendamping : Ade Tira Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Jumat, 16 5 2025.	perbas KTI sesuai hasil sidang sup.	
2.	Senin, 19, 5 2025	Konsul Bab 2 dan 3. - Hitunglah / perbasis penulisan yg tepat - perbasis data operasional.	
3.	Jumat, 23 5 2025.	Konsul Bab 4. - peras perubahan penghapian yg signifikan paku peras Mati penghapian saja.	

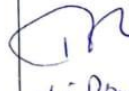
KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Neng Mala Komalasari
NIM : 22140101022
Pembimbing Utama : Hb. Diana Ulfah S.Kep, M.Kep
Pembimbing Pendamping : Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
		- Pembahasan skripsi 1 dg SKI. - Implementasi skripsi dg skripsi skripsi dg	
		perencanaan.	
4.	Kamis, 29, 2015. 3	Konsul KTI lengkap. Ace si sang. Siapkan PPT.	

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Neng Maza Komalarani
 NIM : 221FK022
 Pembimbing Utama : Hj. Diana Ulfah, S.Kep, M.Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade Hira Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	24 Juni 2025 Selasa	- Bimbingan hasil Revisi - Final yg dicatat dalam akhir - Tambahkan literatur diakhir - Tambahkan Sumber Konkr Askep - Langkah 21 Manajemen nyeri - Kajian Benda maruun ditakar - Askep - Penulisan Revisi	 Hj. Diana Ulfah
2	25 Juni 2025 Rabu	- Bimbingan Hasil Revisi - Cari Sumber diagnosis menurut buku - Cari Sumber gambar yg di klaimkan se - Buat Manuskrip	 Hj. Diana Ulfah
3	27 Juni 2025 Jumat	- Bimbingan hasil Revisi - Konsul Manuskrip	 Hj. Diana Ulfah
	29 Juni 2025	ALL Perbaiki Sedang Akhir.	 Hj. Diana Ulfah

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Neng Mula Komalasari
 NIM : 221801022
 Pembimbing Utama : Hs. Diana Ulfah, S.Kep, N.Kep
 Pembimbing Pendamping : Ade Tira Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
	Senin, 30 6, 2025	Revisi Pustaka dan	 Ade Tira

Lampiran 2 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : I
 Nama Pasien : NY. T
 Nama Mahasiswa : Neng Mela Komalasari

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
F	Senin 20/1 2025	I 14.00	Melakukan tindakan ttv	T F.	Jung. Aan Lica S. Kreo Budan
		I 14.15	Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, & Factor Predisposisi Nyeri Setelah 3 jam Post Op		
		I 14.20	Mengidentifikasi Skala Nyeri		
		I 14.25	Memberikan teknik non Farmakologis (Tela Benon) Untuk mengurangi nyeri		
		I 14.30	Mengidentifikasi Skala Nyeri. Setelah dilakukan teknik terapi Benon		
		I 14.45	memberikan Pt obat Cairan & tetes mata		
		I 15.00	Mengizinkan Pasien u/ Muka - muka		
		I 21.45	Melakukan UP Taster		
		I 21.50	Mengizinkan Pasien u/ melakukan kawat lekasi Benon ketika Pt merasakan nyeri.		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : I
 Nama Pasien : Ny. T
 Nama Mahasiswa : Neng Nala Komalasari

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
I	Desa 21/11/ 2025	I 07-00	- Melakukan tindakan TTU		 Hanifa, I. Keb. Bidan
		I 07-30	- Membantu Mobilisasi dini		
		I 08-30	- Mengidentifikasi lokasi, faktor- ena, Intensitas nyeri		
		I 08-35	- Mengidentifikasi Faktor yg Memperberat & memeringan nyeri		
		I 09-00	- Menjabarkan Strategi Mere- lakan Nyeri		
		I 09-15	- Mengidentifikasi Skala Nyeri		
		I 13-15	- Memberikan teknik non farmakologis (cara Benon) untuk Meringankan nyeri		
		I 13-30	- Mengidentifikasi Skala Nyeri		
		I 14-30	- Mengganti Cairan Infus		
		I 15-00	- Melakukan tindakan TTU Ny. T		
		I 16-00	- Mengajarkan Pt untuk melakukan terapi relaksasi benon ketika Pt Merasakan nyeri		
		I 16-00	- Memberikan Pt Obat		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : T
Nama Pasien : Ny. T
Nama Mahasiswa : Neng Maw Kemasari

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
7	Rabu 22/1/2025	I 6.00	Melakukan tindakan TTV		 Han Rizka S. K.
		I 07.00	Memeriksa R. Mata		
		I 07.10	Mengukur vital signs		
		I 07.15	Memberikan teknik non farmakologis karies Benar		
		I 07.30	Mengidentifikasi Status gigi		
		I 08.00	Memeriksa P. obat Riang		
		II 08.30	Melakukan tindakan Gigitan Pakan		
		II 09.00	Mempertahankan teknik Aftic Pada Pasien karies karies karies		
		II 09.05	Memeriksa jumlah Perawatan		
		II 09.10	Memeriksa tanda & gejala Infeksi lokal & Sistemik		
		II 10.30	Mengajarkan mencuci tangan benar & benar		
		II 10.15	Memeriksa mobilisasi dini		
		III 10.40	Menzadwalkan Pendidikan Kesehatan & Referensi		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : F.....
 Nama Pasien : Ny. T.....
 Nama Mahasiswa : Neng Mala Komalasari.....

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
I	Rabu 24/12/ 2025	III 11.00	Menyediakan Materi & media Pentas	Tumul F.	Jug. AAN Rika, S. Keb. Bidan
		III 11.20	Memberikan Keperawatan untuk bertanya		
		III 11.40	Mengajukan Faktor Risiko yg dapat mempengaruhi Keperawatan		
		I 11.50	Mengidentifikasi Gejala nyeri		

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU *POST SECTIO CAESAREA* ATAS
INDIKASI KPD DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ALAMANDA
OBGYN RSUD MAJALYA**



DISUSUN OLEH :

Neng Mala Komalasari-221FK01022

**PRODI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2025

a. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Nama	: Ny.T
TTL	: Bandung, 26-11-2003
Umur	: 21 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT
Status pernikahan	: Menikah
Suku /Bangsa	: Sunda
Tanggal Masuk RS	: Sabtu, 18-1-2025 Jam : 18.13
Tanggal pengkajian	: Senin, 20-1-2025 Jam : 12.30
Tanggal /rencana operasi	: Senin, 20-1-2025 Jam : 10.00 Wib
No. Medrec	: 76 38 14
Diagnosa Medis	: PIA0 Post SC Kala 1 Fase laten
Alamat	: Kp. Cilarangan RT 04/09 Kel. Nagreg kendan Kec. Nagreg Bandung

a) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. N
Umur	: 24 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: Pabrik
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Suami
Alamat	: Kp. Cilarangan RT 04/09 Kel. Nagreg kendan Kec. Nagreg Bandung

b) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

(a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pada tanggal 18 Januari 2025 pukul 18.13 WIB Ny.T diantar oleh suami ke RSUD MAJALAYA dengan keluhan muls-mules. Klien mengatakan merasakan mules dari hari jum'at, Dibawa ke klinik dan harus Di Rujuk Ke RSUD Majalaya, Di tangani pertama di igd sering mules tapi gaada pembukaan. Rencana dikasih perangsang tetapi ibunya demam dan disarankannya untuk SC.

Ny. T hamil anak pertama dan tidak pernah melakukan aborsi. Pada tanggal 20 Januari 2025 pukul 10:00 WIB baru dilakukan prosedur SC, setelah prosedur SC pasien masuk ke ruang obgyn pukul 11.15.

(b) Keluhan Utama Saat Di kaji

Pada saat di kaji tanggal 20 Januari 2025 pukul 14.00 WIB di ruang Obgyn, 3 Jam setelah melahirkan post operasi, pasien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. nyeri seperti tersayat-sayat muncul tiba-tiba secara terus menerus, pasien tampak meringis, Nyeri dirasakan pada bagian perut post sc, skala nyeri 7 (1-10) pasien Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika rileks.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan bahwa dirinya belum pernah di rawat dirumah sakit. Klien mengatakan tidak pernah di operasi, Klien tidak ada riwayat alergi dengan obat-obatan maupun makanan.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular seperti TBC dan Hepatitis

c) Riwayat ginekologi dan obstetric

1) Riwayat ginekologi

(a) Riwayat menstruasi

Menarche : SMP12 tahun
Lama haid : 5 Hari
Siklus menstruasi : siklus menstruasi pada ibu normal selalu teratur tiap bulan
Masalah selama haid : Klien mengatakan selama haid tidak ada masalah
HPHT : 14 - April - 2024
TP : 21-1-2025

(b) Riwayat pernikahan

Usia ibu menikah : 19 Tahun
Usia ayah menikah : 23 Tahun
Lama Pernikahan : 2 Tahun
Pernikahan ke : 1
Jumlah anak : 1

(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 3 bulan (☐) Infilant (☐)
Lain-lain

Lama menggunakan kontrasepsi : 1 tahun

Masalah yang terjadi penggunaan KB sebelum hamil: Selama penggunaan KB suntik 3 bulan tidak nyaman dan merasa gelisah sehingga berat badan menurun

Rencana kontrasepsi yang akan digunakan setelah melahirkan : Pil KB

Alasan memilih kontrasepsi : Anjuran dari tenaga kesehatan (Dokter)

2) Riwayat obstetrik

(a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas dahulu

Anak Ke		Kehamilan		Penyulit		Komplikasi Nifas				Anak		
No	Th	Umur	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	JK	BB	PJ
		Kehamilan		Persalinan								
1	2025	9 bulan	-	Sc	Dokter	-	Ada	-	-	L	3260	52

(b) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan Kehamilan : Rutin tiap bulan ke bidan dan dokter obgyn

Riwayat Imunisasi : Imunisasi TT 2x

Riwayat Pemakaian obat selama Kehamilan : vitamin, Penambah darah dan asam folat

Keluhan selama kehamilan : Mual muntah Dari Tm 1-2

(c) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan : 20-januari-2025

Tipe persalinan : tindakan SC

Lama persalinan : kala 1 kurang lebih 2 jam, kala II lama persalinan 1 jam dari Jam 10.00-11.00, kala III Plasenta di lahirkan 10.10 WIB

Jumlah perdarahan : 300 cc

Jenis kelamin bayi : Laki-laki BB: 3260kg PB: 52cm Lk:
 34cm LD: 34 cm Jarak kepala Symphysis: 29cm symphysis kaki:
 23cm LLA: 9cm
 APGAR score : 7/9

(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 umbilicus
 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,sayuran	Nasi, sayur,buah-
	Porsi	Seporsi habis	buahan
	Keluhan	Tidak ada	1 Porsi
			Tidak ada
	b. Minum		
	Frekuensi	1 liter/Hari	
	Jumlah	Air putih	1liter/Hari
	Jenis	Tidak ada	Air putih
	Keluhan		Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	2x/hari	1x/Hari
	Warna	Bau khas feses	Bau khas feses
	Bau	Tidak ada	Tidak ada
	Keluhan		
	b. BAK	Terpasang kateter	Terpasang kateter
	Frekuensi	400 ml	400 ml
	Jumlah	Kuning urine	Kuning urine

	Warna Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat Tidur		
	Siang	10.00-13.00	10.00-11.00
	Malam	22.00-04.00	21.00-04.00
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	2x/hari
	b. Gosok gigi	2x/hari	2x/hari
	c. Keramas	Tiap hari	Belum dilakukan
	d. Gunting kuku	1 minggu sekali	Belum dilakukan
	e. Ganti pakaian	2x/hari	2x/hari
5	Aktivitas (mobilisasi)	Klien merupakan seorang ibu rumah tangga	Klien beraktivitas dibantu perawat dan keluarga
	Jenis (pasif / aktif)		
	Keluhan		

f) Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu

(a) Keadaan Umum

Kesadaran : compos Mentis

Penampilan : Lesu

(b) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/79 mmHg

Nadi : 118 x /menit

Respirasi : 21 x /menit

Suhu : 36,1 °C

Spo2 : 96%

(c) Antropometri

Tinggi badan : 145 cm

BB sebelum hamil : 48 kg

BB setelah hamil : 60 kg

BB setelah melahirkan : 55 kg

(d) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

(1) Kepala

Bentuk simetris bersih, tidak ada lesi, rambut berwarna hitam, tidak rontok, distribusinya merata. Tidak ada benjolan atau nyeri tekan

(2) Wajah

Wajah simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, serta tidak ada udem

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, tidak ada kotoran, Fungsi penglihatan baik, Tidak ada nyeri tekan/Benjolan

(4) Telinga

Bentuk simetris, tidak memakai alat bantu, pendengaran fungsi dengan baik, tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan

(5) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi, fungsi penciuman baik, tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan. Fungsi penciuman baik dapat membedakan bau seperti minyak telon dan minyak wangi.

(6) Mulut

Bentuk simetris, warna gigi putih, caries tidak ada. Klien dapat membedakan rasa seperti manis dan asin.

(7) Leher

Bentuk simetris, tidak ada lesi tidak ada kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid. Klien mampu menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri, Pembesaran

(8) Dada

Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada, nyeri tekan tidak ada, suara nafas vesikuler, bunyi jantung S1S2

tunggal reguler. Bentuk payudara simetris, puting susu menonjol. Aerolamamae hiperpigmentasi, kolostrum belum keluar, bengkak tidak ada, kebersihan cukup, lecet tidak ada, nyeri tekan tidak ada.

(9) Abdomen

Terdapat luka operasi SC dengan panjang 10 cm melintang dibawah pusar, tertutup hipafik, pendarahan tidak ada, uterus teraba baik (keras) IFU 1 jari dibawah pusat, distensi kandung kemih tidak ada.

(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: memenuhi pembalut, warna merah terang. konsistensi: cair, bau: khas

Flour albus; jumlah: sedikit, warna: putih, konsistensi: kental, bau: tidak berbau

Lochea: jumlah: memenuhi pembalut, warna: merah terang, konsistensi: cair, bau: khas

Tidak terpasang dower cateter

Luka episiotomy; kondisi luka: tidak terdapat luka episiotomy

(12) Anus

Kebersihan cukup, tidak adak lesi pembengkakan, tidak ada nyeri tekan. tidak ada haemoroid

(13) Ekstremitas

- Ekstremitas atas

Tidak terdapat kelainan, jari lengkap, pergerakan tidak kaku , kekuatan otot baik terbukti dengan menggenggam

tangan pada jari, terpasang infus di sebelah kiri. Tidak terdapat oedem ekstremitas atas.

Kekuatan otot tangan kanan : 5

Kekuatan otot tangan kiri : 5

- **Ekstremitas bawah**

Pergerakan terkoordinasi, cyanosis tidak ada, odema tidak ada, varises tidak ada. Refleks homan sains negative /tidak nyeri, keadaan kuku bersih tidak Panjang

Kekuatan otot kaki kanan : 5

Kekuatan otot kaki kiri : 5

2) Pemeriksaan fisik bayi

(a) Keadaan Umum

Penampilan : Bersih

Kesadaran bayi : Sangat baik

APGAR SCORE	1 menit Pertama	5 menit pertama
	Pasien 1	
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 : 3260 Kg
 Panjang badan : 52 cm
 Lingkar kepala : 34 cm
 Lingkar dada : 34 cm
 Lingkar abdomen : 28 cm
 Lingkar lengan atas : 10 cm

(c) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe* Bayi

(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 perdarahan konjungtiva atau lainnya.

(4) Telinga

Bentuk dan posisi telinga simetris

(5) Hidung

Ukuran hidung , tidak ada sesak dan tidak terpasang oksigen

(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 payudara, frekuensi nafas tidak ada bunyi nafas tambahan

(9) Abdomen

Bentuk perut tampak buncit, perut simetris tidak ada benjolan atau kelainan lainnya, tidak ada nyeri tekan. Bentuk tali pusat menonjol Kondisi tali pusat tidak ada pendarahan, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan tidak berbau.

(10) Punggung dan bokong

Bentuk punggung bayi simetris, tidak ada lesi, ruam, 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

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

(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

Fase *letting go* / saling ketergantungan

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

2) Konsep diri

(a) Gambaran diri

(b) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh

(c) Harga diri

Klien menghatakan bahwa tidak merasa malu/minder dengan kondisinya saat ini.

(d) Peran

Klien mengatakan beliau seorang istri

(e) Identitas diri

Klien mengatakan beliau merupakan seorang Perempuan 21 tahun

h) Data Sosial

Klien berinteraksi dengan kooperatif, dan baik dengan keluarga, perawat maupun dengan pasien lainnya. Hubungan dengan tetangga masyarakat dan lingkungan baik.

i) Kebutuhan *Bonding Attachment*

membutuhkan interaksi fisik yang dekat dengan bayinya seperti menyusui, interaksi yang positif dengan bayi, bayi mendapat ASI yang cukup untuk tumbuh kembang optimal membantu Klien 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 belum mau melakukan seksual sebelum 40 hari

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 setelah operasi ,*breast care*, perawatan luka dirumah.

m)Data Penunjang

1) Labolatorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Keterangan
HEMATOLOGI				
• Hematologi rutin				
Hemoglobin	** 9.4	g/dl	12.0-16.0	
Leukosit	**	/ul	4,000-	
Hematokrit	17,200	%	10,000	
Eritrosit	** 29	10'6ul	34-47	
Trombosit	** 3.2	uL	3,8-5.2	
	188,000		150,000-450,000	

b)Program dan Rencana Pengobatan

Nama obat	Dosis	Cara Pemberian	Waktu	Kegunaan
Ringer laktat (RL)	500 ml	iv	1x1	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang saat mengalami luka, cedera, atau menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan

				darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak.
Capsinat	6 mg	iv	2x1	untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran nafas, saluran urogenital, kulit dan jaringan lunak, tulang dan sendi serta gigi.
Keterolac	120 mg	iv	2x1	untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pascaoperasi, nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak.
Asam mefenamat	500 mg	oral	3x1	Mengurangi nyeri dan peradangan pasca operasi
Gomino	500 mg	Oral	3x1	Meningkatkan kekebalan tubuh dan mengurangi gejala batuk dan filek
Vit c	250mg	Oral	1x1	Meningkatkan kekebalan tubuh, antioksidan, dan membantu penyerapan zat besi

2. Analisa Data

NO	Analisa data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : - pasien mengatakan nyeri pada perut post Sc - Nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat - Nyeri dirasakan tiba-tiba	Agen cedera fisik (Luka post op Sc) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin,histamin,prostaglandin) ↓ Respon Nyeri ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut b/d Agen pencedra fisik (D.0077) HI; 172
	Do : - Pasien tampak meringis - Terdapat luka tertutup post sc - Pasien tampak gelisah - Skala Nyeri 7 (1-10) - Td: 110/79 mmHg - N: 118x/Menit - R: 21x/menit - S: 36,1 c		

	• Spo2 : 96%		
2	Ds : • pasien mengatakan nyeri pada post sc Do: • terdapat luka insisi SC dengan jenis Horizontal • tidak tampak rebesan di luka • Hasil leukosit: 17,200	Tindakan SC ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Jalan masuk kuman ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304
3	Ds: • pasien mengatakan tidak tahu cara merawat payudara agar produksi ASI lancar • pasien mengatakan ASI belum keluar dan tidak tahu cara merangsang produksinya. Do:	Kurang informasi ↓ Tidak tahu merawat payudara agar produksi ASI lancar ↓ Payudara tampak tegang ↓ Tidak tahu apa yang harus dilakukan ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111) HL: 246

-
- Pasien belum tau melakukan pijatan untuk merangsang asi
 - payudara tampak tegang
 - bayi belum menyusui dengan optimal karena klien belum memahami Teknik breast care
-

f. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	TTD
1.	Nyeri akut b/d Agen pencedra fisik (D.0077) Hl; 172	20 – januari - 2025	Neng Mala komalasari	
2.	Risiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304	20 – januari - 2025	Neng Mala komalasari	
3.	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar	20 – januari - 2025	Neng Mala komalasari	

informasi (D.0111)

HI: 246

g. Perencanaan

N	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
o	Keperawatan			
1.	Nyeri akut b/d Agen pencedra fisik (D.0077) HI; 172	Tingkat Nyeri (L.08066) HI; 147 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Tingkat nyeri Menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Skala nyeri menurun:3 ; 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) HI; 201 Observasi : 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, Frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi respons nyeri non verbal 5. Identifikasi pengetahuan	Observasi: 1. Untuk mengetahui seberapa sering munculnya nyeri 2. Untuk mengetahui seberapa jauh nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui penyebab nyeri 4. Untuk mengungkapk an nyeri dengan kata- kata, sehingga perlu mengamati ekspresi wajah, gerakan tubuh, atau

	dan kenyamanan	perubahan
	tentang nyeri	tanda vital
6.	Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	untuk menilai tingkat nyeri.
7.	Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	5. Pemahaman pasien tentang nyeri dan cara mengatasinya memengaruhi respons dan kepatuhan terhadap pengobatan, sehingga perlu dievaluasi untuk memberikan edukasi yang tepat.
8.	Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	6. membantu tenaga medis memberikan perawatan yang lebih sesuai dan efektif.
9.	Monitor efek samping penggunaan analgetik	7. nyeri pasca operasi dapat menghambat aktivitas
Terapeutik:		
10.	Berikan Teknik non-farmakologis (Terapi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	

	11. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	sehari-hari, menyulitkan perawatan bayi, dan memengaruhi kesehatan mental, sehingga
	12. fasilitasi istirahat dan tidur	penting untuk mengelolanya dengan baik.
	13. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	8. terapi tambahan seperti teknik relaksasi, pijat, atau terapi musik perlu dievaluasi efektivitasnya agar bisa disesuaikan jika diperlukan.
Edukasi:	14. Jelaskan strategi meredakan nyeri	9. Obat pereda nyeri dapat menimbulkan efek samping seperti mual, pusing, atau konstipasi.
	15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Pemantauan

16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	rutin diperlukan untuk mencegah
17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	komplikasi dan menyesuaikan dosis jika perlu.
18. Ajarkan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Terapeutik: 10. Teknik relaksasi Benson membantu menenangkan pikiran, mengurangi stres, dan merangsang pelepasan hormon endorfin yang dapat mengurangi rasa nyeri
Kolaborasi: 19. Kolaborasi pemberian analgetik'	
Jurnal; pengaruh relaksasi benson terhadap nyeri pada pasien post seksio sesaria,sumber:	
4. Irwan Batubara	11. Lingkungan yang nyaman membantu pasien lebih rileks, mengurangi
5. Elly Indrani harahap	
6. Ratni siregar	

stres, dan
mencegah
faktor
eksternal yang
dapat
memperburuk
persepsi nyeri.

12. Tidur yang
cukup
membantu
proses
pemulihan
tubuh,
mengurangi
ketegangan
otot, dan
meningkatkan
toleransi
terhadap nyeri.

13. Mengetahui
penyebab dan
karakteristik
nyeri membantu
dalam
pemilihan
strategi
manajemen
nyeri yang lebih
efektif dan
sesuai dengan
kondisi pasien.

Edukasi:

14. Memberikan pemahaman tentang berbagai cara mengurangi nyeri membantu pasien merasa lebih tenang dan dapat memilih metode yang paling sesuai.

15. Mengetahui i asal dan pola nyeri membantu pasien mengenali tanda-tanda perburukan dan mengambil tindakan yang tepat untuk mengatasinya.

16. Pemantaua
n mandiri
membantu
pasien
lebih sadar
akan
kondisi
tubuhnya,
sehingga
dapat
segera
melaporka
n jika nyeri
memburuk
atau terjadi
komplikasi
.

17. membantu
mengontrol
nyeri
secara
efektif dan
mencegah
efek
samping
akibat
penggunaa
n yang
tidak tepat.

18. Teknik
seperti

pernapasan
dalam,
relaksasi,
atau
kompres
hangat
dapat
membantu
mengurang
i nyeri
tanpa efek
samping
obat.

Kolaborasi:

19. Bekerja
sama
dengan
dokter
untuk
pemberian
obat nyeri
yang sesuai
memastika
n pasien
mendapatk
an
pengobatan
yang
efektif dan
aman

				sesuai kebutuhan nya.
2.	Risiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304	Tingkat Infeksi (L.14137) HL; 141 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 4. Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) HL; 278 Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5. Berikan perawatan kulit pada area edema Edukasi :	Observasi: 1. Untuk melihat adanya perubahan suhu tubuh Terapeutik; 2. Untuk mengurangi risiko terpapar dari luar 3. mencegah penyebaran kuman dan infeksi dari satu tempat ke tempat lain 4. menghindari masuknya kuman atau bakteri ke tubuh pasien yang rentan

6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	terkena infeksi.
7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	5. Mencegah luka atau iritasi pada kulit yang dapat menjadi pintu masuk infeksi.
8. Ajarkan etika batuk	
9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	Edukasi:
10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	6. untuk membantu mengidentifikasi dini adanya infeksi, memahami tingkat keparahannya
11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	
kolaborasi	
12. pemberian imunisasi, jika perlu	7. Mencegah penyebaran kuman dan mengurangi risiko infeksi pada pasien dan

lingkungan
sekitar.

8. Mengurang
i
penyebaran
droplet
yang dapat
membawa
kuman
penyebab
infeksi.

9. Memastika
n pasien
atau
keluarga
dapat
mendeteksi
tanda-
tanda
infeksi
pada luka
agar segera
mendapat
penangana
n.

10. Nutrisi
yang baik
meningkat
kan sistem
kekebalan
tubuh

sehingga
lebih kuat
melawan
infeksi.

11. Membantu
tubuh
mengeluar
kan racun
dan
menjaga
keseimban
gan cairan
untuk
mendukun
g proses
penyembu
han.

Kolaborasi :

12. Memberika
n
perlindung
an
tambahan
terhadap
infeksi
tertentu
untuk
mencegah
komplikasi
-

				lebih lanjut.
3	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111) HI: 246	Tingkat Pengetahuan (L.12111) HI: 148 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Verbalisasi minat dalam belajar 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	Edukasi Kesehatan (I.12383) HI; 65 Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 3. <u>Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan</u> 4. <u>Jadwalkan Pendidikan Kesehatan</u>	Observasi: 1. Agar informasi dapat diterima dengan baik sesuai dengan kondisi, pemahaman, dan kebutuhan individu. 2. Memahami faktor pendorong dan penghambat membantu dalam merancang strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan

	<u>sesuai</u>	perilaku
	<u>kesepakatan</u>	sehat.
	5. <u>Berikan</u>	Terapeutik:
	<u>kesempatan</u>	3. Memastikan individu mendapatkan informasi yang akurat dan mudah dipahami untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan.
	<u>untuk bertanya</u>	
Edukasi:		
	6. <u>Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</u>	
	7. <u>Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</u>	
	8. <u>Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</u>	4. Agar edukasi berjalan efektif dan tidak mengganggu aktivitas rutin penerima edukasi.
		5. Meningkatkan

pemahaman dengan memberikan ruang bagi individu untuk klarifikasi dan diskusi.

Edukasi:

6. Agar individu memahami ancaman kesehatan dan cara pencegahannya.
 7. Meningkatkan kesadaran dan keterampilan dalam menjaga kesehatan sehari-hari.
 8. Membantu individu
-

mengadops
i kebiasaan
sehat
secara
berkelanjut
an dengan
cara yang
sesuai
dengan
kondisi
mereka.

h. Pelaksanaan

No	Tanggal/jam	Dp	Tindakan	Nama&ttd
1.	Senin 20/1/2025	1 14.00	-Melakukan Tindakan ttv Hasil: TD: 120/80 N: 87x/menit S : 36,6°C R: 20x/menit SPO2: 99%	Neng mala komalasari 
1			-Mengidentifikasi lokasi,durasi,karakteristik,dan faktor pencetus nyeri setelah 3 jam post operasi Hasil: Pasien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien	

bergerak dan berkurang ketika pasien rileks.

1

14.20 -Mengidentifikasi skala Nyeri

Hasil: Skala Nyeri 7(1-10)

-Memberikan Teknik non

1 farmakologis (Terapi benson)

14.25 untuk mengurangi nyeri

Langkah-langkah terapi benson:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan rileks
 2. Posisi pasien tidur terlentang
 3. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali
 4. Anjurkan klien memejamkan mata 2-3 menit untuk menghayati segala sesuatunya dari Allah dan milik Allah setiap melaksanakan point 5
 5. Anjurkan klien mengikuti ucapan peneliti dengan penuh penghayatan, Laa ilaha
-

illahloh, subhanalloh
walhamdulillah laillaha
illoh, 3-5 kali berturut-
turut, interval 5 menit
anjurkan nafas normal
dan 3 kali napas dalam

6. Ulangi point 5,
frekuensi sesuai
kemampuan klien
minimal 5 kali

7. Pelaksanaan hari 1
setelah pasien
kooperatif komunikasi

Hasil: pasien merasa lebih
tenang, sudah bisa
melakukannya dengan benar

-Mengidentifikasi skala Nyeri
setelah dilakukan teknik terapi

1 benson

14.30 Hasil: Skala Nyeri 6 (1-10)

-Memberikan pasien obat
capsinat 6mg & ketorolac 120

1 mg

14.45 Hasil: obat telah diberikan
melalui intravena

-Menganjurkan pasien untuk
miring kanan dan miring kiri

		19.00	Hasil: klien masih merasa kesakitan untuk miring kanan dan kiri masih dibantu	
			-Melakukan up kateter	
		1	Hasil: kateter sudah terlepas	
		21.45		
			-Menganjurkan klien untuk -	
		1	melakukan terapi relaksasi	
		21.50	benson ketika pasien merasakan nyeri	
			Hasil: Pasien melakukan teknik terapi benson ketika merasa nyeri	
2.	Selasa	1	-Melakukan Tindakan ttv	Neng Mala
	21/1/2025	07.00	Hasil: TD:120/80 mmHg	komalasari
			N: 87x/menit	
			R: 21x/menit	
			S: 36.1°C	
			Spo2 : 98%	
		1	-Membantu mobilisasi dini	
		07.30	Hasil: pasien melakukan Latihan duduk di tempat tidur	
		1	-Mengidentifikasi Lokasi,	
		08.30	frekuensi, intensitas nyeri	
			Hasil: pasien mengatakan Nyeri pada perut post SC merasakan nyeri dengan tiba-tiba	

1 -Mengidentifikasi faktor yang
08.35 memperberat dan memperingan
nyeri

Hasil: pasien mengatakan
Nyeri bertambah jika klien
banyak beraktivitas

1 -menjelaskan strategi
09.00 meredakan nyeri dengan
melakukan napas dalam atau
terapi benson

Hasil: agar klien bisa
melakukannya secara mandiri
Ketika muncul nyeri

1 -Mengidentifikasi skala Nyeri
09.15 **Hasil:** Skala Nyeri 5(1-10)

1 -Memberikan Teknik non
13.15 farmakologis (Terapi benson)
untuk mengurangi nyeri

Langkah-langkah terapi
benson:

1. Ciptakan lingkungan
yang tenang dan rileks
 2. Posisi pasien tidur
terlentang
 3. Anjurkan bernapas
dengan irama normal 3
kali
-

-
4. Anjurkan klien
memejamkan mata 2-3
menit untuk menghayati
segala sesuatunya dari
Allah dan milik Allah
setiap melaksanakan
point 5
 5. Anjurkan klien
mengikuti ucapan
peneliti dengan penuh
penghayatan, Laa ilaha
illalloh, subhanalloh
walhamdulillah laillaha
illoh, 3-5 kali berturut-
turut, interval 5 menit
anjurkan nafas normal
dan 3 kali nafas dalam
 6. Ulangi point 5,
frekuensi sesuai
kemampuan klien
minimal 5 kali
 7. Pelaksanaan hari 1
setelah pasien
kooperatif komunikasi

Hasil: pasien merasa lebih
tenang

1 Mengidentifikasi skala Nyeri

13.30 Hasil: Skala Nyeri menurun
4(1-10)

I -Mengganti cairan infus

14.30 Hasil: Rl 20Tpm

-Melakukan Tindakan ttv ny.t

1 Hasil: 116/74 mmHg

15.00 N: 70x/menit

S: 36,6°c

R: 20x/menit

Spo2: 97%

1 - Menganjurkan pasien untuk -
16:00 melakukan terapi relaksasi
benson ketika pasien
merasakan nyeri

Hasil: Pasien melakukan teknik
terapi benson ketika merasa
nyeri skala nyeri menurun 3 (1-
10)

1 -Memberikan pasien obat
19.00 melalui intravena (capsinat 6
mg dan ketorolac 120 mg

Hasil: obat sudah diberikan

3. Rabu	1	Melakukan Tindakan ttv	Neng Mala
22/1/2025	06.00	Hasil: Td; 105/69 mmHg	komalasari
		N : 84x/menit	
		S: 36,4°c	
		R: 20x/menit	
		Spo2: 98%	

1 -Memberikan pasien makan

07.00 Hasil: klien makan habis 1 porsi

I -Mengobservasi nyeri

07.10 Hasil: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang

-Berikan Teknik non

I farmakologis (Terapi benson)

07.15 untuk mengurangi nyeri

Langkah-langkah terapi benson:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan rileks
 2. Posisi pasien tidur terlentang
 3. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali
 4. Anjurkan klien memejamkan mata 2-3 menit untuk menghayati segala sesuatunya dari Allah dan milik Allah setiap melaksanakan point 5
 5. Anjurkan klien mengikuti ucapan peneliti dengan penuh penghayatan, Laa ilaha
-

illahloh, subhanalloh
walhamdulillah laillaha
illoh, 3-5 kali berturut-
turut, interval 5 menit
anjurkan nafas normal
dan 3 kali napas dalam

6. Ulangi point 5,
frekuensi sesuai
kemampuan klien
minimal 5 kali

7. Pelaksanaan hari 1
setelah pasien
kooperatif komunikasi

Hasil: pasien merasa lebih
tenang nyeri pada klien
menurun

-Mengidentifikasi Skala Nyeri

I Hasil: skala nyeri 2 (1-10)

07.30

-Memberikan pasien obat

I pulang

08.00 Hasil: obat sudah diberikan

-Melakukan Tindakan ganti

II perban

08.30 Hasil: luka pasien tampak
bersih, jaitan rapih, kering,
panjang luka 10 cm

II -Mempertahankan Teknik
09.00 aseptic pada pasien beresiko
tinggi

Hasil: Membersihkan luka
klien dengan menggunakan
cairan NaCl

II -Membatasi jumlah pengunjung
09.05 **Hasil:** Klien ditunggu sama
suaminya

II -Memonitor tanda dan gejala
infeksi local dan sistemik
09.10 **Hasil:** Luka jahitan post sc
Bagus, rapih dan kering, tidak
ada kemerahan,
pembengkakan, dan tidak
rembes

II -Mengajarkan mencuci tangan
sebelum dan sesudah kontak
10.00 dengan pasien dan lingkungan
pasien

Langkah-langkah cuci tangan
yang benar :

-
1. Basahi tangan dengan air bersih
 2. Ambil sabun cuci tangan secukupnya
 3. Gosokkan sabun pada telapak tangan
 4. Gosokkan punggung tangan kiri dengan telapak tangan kanan, dan sebaliknya
 5. Gosok sela-sela jari dengan posisi saling mengunci
 6. Gosok ibu jari dengan memutar
 7. Gosok ujung jari dengan memutar
 8. Bilas tangan dengan air bersih
 9. Keringkan tangan dengan handuk atau tisu

Hasil: klien mengerti dan memahami cara cuci tangan 6 langkah

II

10.15

-Membantu mobilisasi dini

Hasil: pasien sudah bisa melakukan jalan ke kamar sendirian

Kekakuan sendi meningkat 5

III

10.40 menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
Hasil: kesepakatan kontrak waktu pada pukul 11.00

III

11.00 -menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
Langkah-langkah breast care:
PERSIAPAN ALAT
1. Handuk 2 buah
2. Washlap 2 buah
3. Waskom berisi air dingin 1 buah
4. Waskom berisi air hangat 1 buah
5. Minyak kelapa/baby oil
6. Waskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
7. Baki, alas dan penutup
CARA PERTAMA
• Basahi kedua telapak tangan dengan Baby Oil atau minyak kelapa
• Tempatkan tangan pada payudara kemudian lakukan Gerakan memutar

mengelilingi payudara
ke arah timur

- Ketika tangan kiri berada dibawah payudara sebentar dan lepaskan secara perlahan Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali

CARA KEDUA

- Tangan kanan membentuk kepala dengan buku-buku jari
- Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau kerah putting susu dan merata keseluruh payudara
- Lakukan secara bergantian untuk payudara lain
- Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali

CARA KETIGA

- Lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangka ke ujung arah putting susu
-

-
- Lakukan
secarabergantian untuk
payudara lain
 - Lakukan Gerakan25/sd
30 kali

PERAWATAN TERAKHIR

- Terakhir lakukan
gerakan memelinitir
putting susu sampai
putting susu elastis dan
kenyal
 - Kemudian cuci
payudara dengan air
hangat dan kompres
payudara dengan
handuk kecil yang
sudah dibasahi
denganair hangat secara
bergantian pada
payudarayang lain
selama5 menit
 - Kemudian lanjutkan
dengan kompres dingin
dan diakhiri dengan air
dingin
 - Ulangi secara
bergantian sebanyak 3
kali pada setiap
payudara
-

-
- Kemudiann lakukan pengeluaran ASI dan Keringkan

III Hasil: menyediakan materi
11.20 leaflet terkait breast care klien memahami penjelasan perawat

-memberikan kesempatan untuk bertanya

Hasil: pasien sudah mengerti
III dari penjelasan perawat
11.40

-menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan

“Ibu perlu menjaga kebersihan luka operasi agar tidak terjadi infeksi. Jika muncul kemerahan, bengkak, atau keluar cairan dari luka, segera periksakan ke dokter.”

jaga kebersihan luka → Cuci tangan sebelum menyentuh luka, ganti perban sesuai anjuran dokter.

Hindari aktivitas berat → Jangan mengangkat beban berat minimal 6 minggu pasca operasi.

Lakukan mobilisasi dini →

Mulai dengan duduk dan berjalan perlahan untuk mencegah penggumpalan darah.

Konsumsi makanan sehat →

Perbanyak protein untuk mempercepat penyembuhan luka.

Pantau kondisi psikologis →

Jangan ragu untuk berbicara dengan tenaga medis jika

1 merasa cemas atau stres

11.50 berlebihan.

Hasil: pasien memahami dengan baik penjelasan perawat
Mengidentifikasi Skala Nyeri

Hasil: skala nyeri 1 (1-10)

i. Evaluasi

Tanggal	D	Evaluasi sumatif	Nama & TTD
22-Januari-2025	1	S: pasien mengatakan nyeri sudah menurun Skala Nyeri 1(1-10) O: Meringis menurun A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan/Pasien dipulangkan	Neng mala komalasari 

22 Januar i-2025	II	S: pasien mengatakan sudah memahami bagaimana cara mencegah infeksi pada luka post operasi Sc O: pasien tampak mengerti dan paham A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan/Pasien dipulangkan	Neng mala komalasari 
22 Januar i-2024	I	S: pasien mengatakan sudah mengetahui perawatan breast care O: pasien tampak terlihat bisa melakukannya A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan/Pasien dipulangkan	Neng mala komalasari 

**ASUHAN KEPERAWATAN ATAS INDIKASI INERTIA UTERI
HIPOTONIK PADA BEKAS SC
DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG ALAMANDA OBGYN RSUD MAJALYA**



**DISUSUN OLEH :
Neng Mala Komalasari-221FK01022**

**PRODI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2025

b. Pengkajian

2. Pengumpulan Data

b) Identitas Klien

Nama	: Ny.F
TTL	: Bandung, 05-04-1996
Umur	: 28 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT
Status pernikahan	: Menikah
Suku /Bangsa	: Sunda
Tanggal Masuk RS	: Senin,20-1-2025 Jam : 10.30
Tanggal pengkajian	: Senin, 20-1-2025 Jam : 16.15
Tanggal /rencana operasi	: Senin, 20-1-2025 Jam : 12.15 Wib
No. Medrec	: 31 06 10
Diagnosa Medis	: P2A0 Parturien aterm kala 1 fase aktif pada Inertia uteri hipotonik dan bekas SC
Alamat	: Kp. Sukamenak Rt02/13 Kel. Sukamanah Kec. Rancaekek bandung

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. J
Umur	: 28 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: Buruh harian lepas
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Suami

Alamat : Kp. Sukamenak Rt02/13 Kel.
Sukamanah Kec. Rancaekek bandung

d) Riwayat Kesehatan

4) Riwayat Kesehatan Sekarang

(c) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pada tanggal 20 Januari 2025 pukul 10.30 WIB Ny. diantar oleh suami ke RSUD MAJALAYA dengan keluhan Nyeri perut bawah dan muls-mules. Klien mengatakan merasakan mules dari hari minggu sebelum masuk rumah sakit, Di Rujuk Ke RSUD Majalaya, Di tangani pertama di igd. Keluar air-air dari jalan lahir disangkal ibu. Ibu mengatakan ada nyeri perut bawah sejak setelah operasi Sc sebelumnya.

Ny. F hamil anak Kedua dan tidak pernah melakukan aborsi. Pada tanggal 20 Januari 2025 pukul 12.15 WIB baru dilakukan prosedur SC, setelah prosedur SC pasien masuk ke ruang obgyn pukul 13.15.

(d) Keluhan Utama Saat Di kaji

Pada saat di kaji tanggal 20 Januari 2025 pukul 16.15 WIB di ruang Obgyn, 3 Jam setelah melahirkan post operasi, pasien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. nyeri seperti tersayat-sayat muncul tiba-tiba secara terus menerus, pasien tampak meringis, Nyeri dirasakan pada bagian perut post sc, skala nyeri 6 (1-10) pasien Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika rileks.

5) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan bahwa dirinya pernah di rawat dirumah sakit Pada tahun 2016 Di RSUD majalaya dengan riwayat SC lahiran anak pertamanya, Klien tidak ada riwayat alergi dengan obat-obatan maupun makanan.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular seperti TBC dan Hepatitis.

e) Riwayat ginekologi dan obstetric

3) Riwayat ginekologi

(d) Riwayat menstruasi

Menarche : Kelas 2 SMP
Lama haid : 6 Hari
Siklus menstruasi : siklus menstruasi pada ibu normal selalu teratur tiap bulan
Masalah selama haid : Klien mengatakan selama haid tidak ada masalah
HPHT : 14 Mei 2024
TP : 21-1-2025

(e) Riwayat pernikahan

Usia ibu menikah : 17 Tahun
Usia ayah menikah : 17 Tahun
Lama Pernikahan : 12 Tahun
Pernikahan ke : 1
Jumlah anak : 2

(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 (☐) Inflan (☐) Lain-lain

.....

Lama menggunakan kontrasepsi : 5 tahun

Masalah yang terjadi penggunaan KB sebelum hamil: klien mengatakan menggunakan IUD keluar flek

Rencana kontrasepsi yang akan digunakan setelah melahirkan :
Suntik 3 bulan

Alasan memilih kontrasepsi : Biar aman aja

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	2016	8 Tahun	-	Sc	Dokter	-	Ada	-	-	P	3.3 5	-
2	2025	0 bulan	-	sc	Dokter	-	Ada	-	-	L	26. 35	46

(f) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan Kehamilan : Rutin tiap bulan ke bidan dan dokter obgyn

Riwayat Imunisasi : klien mengatakan selama kehamilan tidak melakukan imunisasi

Riwayat Pemakaian obat selama Kehamilan : vitamin, Penambah darah dan asam folat

Keluhan selama kehamilan : Sakit gigi, sakit pinggang, dan keram kaki

(g) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan : 20-januari-2025

Tipe persalinan : tindakan SC

Lama persalinan : kala 1 kurang lebih 2 jam, kala II lama persalinan 1 jam dari Jam 12.15-13.15, kala III Plasenta di lahirkan 12.36 WIB

Jumlah perdarahan : 300 cc

Jenis kelamin bayi : Laki-laki BB: 2635kg PB: 46cm Lk: 34cm LD: 34 cm Jarak kepala Symphysis: 23 symphysis kaki: 23cm LLA: 8cm

APGAR score : 5/7

(h) Riwayat nifas sekarang

Lochea : Pada hari kedua Post Sc terdapat lochea rubra
Warna : berwarna merah
Bau : bau Khas darah menstruasi
Jumlah : Tidak memenuhi pembalut
Tinggi fundus : 1 jari di bawah umbilicus
Kontraksi : Baik saat di palpasi teraba 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,sayuran	Nasi, sayur,buah-
	Porsi	Seporsi habis	buahan
	Keluhan	Tidak ada	1 Porsi
			Tidak ada
	b. Minum		
	Frekuensi		
	Jumlah	1 liter/Hari	
	Jenis	Air putih	1 liter/Hari
	Keluhan	Tidak ada	Air putih
			Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi		
	Warna	2x/hari	1x/Hari
	Bau	Bau khas feses	Bau khas feses
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK		
	Frekuensi	Terpasang kateter	Terpasang kateter
	Jumlah	400 ml	400 ml
	Warna	Kuning urine	Kuning urine

	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat Tidur		
	Siang	10.00-13.00	10.00-11.00
	Malam	22.00-04.00	21.00-04.00
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	f. Mandi	2x/hari	2x/hari
	g. Gosok gigi	2x/hari	2x/hari
	h. Keramas	Tiap hari	Belum dilakukan
	i. Gunting kuku	1 minggu sekali	Belum dilakukan
	j. Ganti pakaian	2x/hari	2x/hari
5	Aktivitas (mobilisasi)	Klien merupakan seorang ibu rumah tangga	Klien beraktivitas dibantu perawat dan keluarga
	Jenis (pasif / aktif)		
	Keluhan		

n) Pemeriksaan Fisik

3) Pemeriksaan fisik ibu

(e) Keadaan Umum

Kesadaran : compos Mentis

Penampilan : lemes

(f) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 115/80 mmHg

Nadi : 89 x /menit

Respirasi : 21 x /menit

Suhu : 36,5 °C

(g) Antropometri

Tinggi badan : 156 cm

BB sebelum hamil : 60 kg

BB setelah hamil : 71 kg

BB setelah melahirkan : 66 kg

(h) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

(9) Kepala

Bentuk simetris bersih, tidak ada lesi, rambut berwarna hitam, tidak rontok, distribusinya merata. Tidak ada benjolan atau nyeri tekan

(10) Wajah

Wajah simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, serta tidak ada udem

(11) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, tidak ada kotoran, Fungsi penglihatan baik, Tidak ada nyeri tekan/Benjolan

(12) Telinga

Bentuk simetris, tidak memakai alat bantu, pendengaran fungsi dengan baik, tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan

(13) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada lesi, fungsi penciuman baik, tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan. Klien dapat membedakan bau minyak telon dan minyak wangi.

(14) Mulut

Bentuk simetris, warna gigi putih, caries tidak ada. Klien dapat membedakan rasa manis dan asin

(15) Leher

Bentuk simetris, tidak ada lesi tidak ada kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid. Klien mampu menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri, Pembesaran

(16) Dada

Pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada, nyeri tekan tidak ada, suara nafas vesikuler, bunyi jantung S1S2 tunggal reguler. Bentuk payudara simetris, puting susu menonjol. Aerolamamae hiperpigmentasi, kolostrum belum

keluar, bengkak tidak ada, kebersihan cukup, lecet tidak ada, nyeri tekan tidak ada.

(14) Abdomen

Terdapat luka operasi SC dengan panjang 10 cm melintang dibawah pusar, tertutup hipafik, pendarahan tidak ada, uterus teraba baik (keras) IFU 1 jari dibawah pusat, distensi kandung kemih tidak ada.

(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: tidak memenuhi pembalut, warna merah terang. konsistensi: cair, bau: khas

Flour albus; jumlah: sedikit, warna: putih, konsistensi: kental, bau: tidak berbau

Lochea: jumlah: tidak memenuhi pembalut, warna: merah terang, konsistensi: cair, bau: khas

terpasang dower cateter

Luka episiotomy; kondisi luka: tidak terdapat luka episiotomy

(17) Anus

Kebersihan cukup, tidak adak lesi pembengkakan, tidak ada nyeri tekan. tidak ada haemoroid

(18) Ekstremitas

- Ekstremitas atas

Tidak terdapat kelainan, jari lengkap, pergerakan tidak kaku , kekuatan otot baik terbukti dengan menggenggam tangan pada jari, terpasang infus di sebelah kiri. Tidak terdapat oedem ekstremitas atas.

Kekuatan otot tangan kanan : 5

Kekuatan otot tangan kiri : 5

- Ekstremitas bawah

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

Kekuatan otot kaki kanan : 5

Kekuatan otot kaki kiri : 5

4) Pemeriksaan fisik bayi

(d) Keadaan Umum

Penampilan : Bersih

Kesadaran bayi : Sangat baik

APGAR SCORE	1 menit Pertama	5 menit pertama
Appearance (warna kulit)	1	1
Pulse (denyut jantung)	1	2
Grimace (respon refleks)	1	2
Activity (tonus otot)	1	1
Respiration (pernafasan)	1	1
Jumlah	5	7

(e) Antropometri

Berat badan : 2635 Kg

Panjang badan : 46cm

Lingkar kepala : 34 cm

Lingkar dada : 34 cm

Lingkar abdomen : 28 cm

Lingkar lengan atas : 8 cm

(f) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

(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 perdarahan subkonjungtiva atau lainnya.

(17) Telinga

Bentuk dan posisi telinga simetris

(18) Hidung

Bentuk hidung simetris Ukuran hidung kecil, ada sesak dan terpasang oksigen

(19) Mulut

Tidak labiokisis atau kelainan lainnya di mulut, gusi berwarna merah muda, terdapat refleks menghisap dan rooting pada bayi. Terpasang NGT

(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, 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. Testis sudah turun ke skrotum, skrotum simetris, tidak ada pembengkakan atau kelainan lainnya

(25) Anus

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

(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

3) Adaptasi psikologi post partum

Klien termasuk dengan kategori *letting go* menerima keadaan dan belajar merawat bayinya, keluarga dan suami memberikan dukungan

yang kuat. Klien mampu mengontrol emosi dan membiasakan diri dengan perubahan.

4) Konsep diri

(f) Gambaran diri

(g) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh sama anaknya, Ingin ketemu anaknya yang pertama dirumah.

(h) Harga diri

Klien mengatakan bahwa tidak merasa malu/minder dengan kondisinya saat ini.

(i) Peran

Klien mengatakan beliau seorang istri

(j) Identitas diri

Klien mengatakan beliau merupakan seorang Perempuan 28 tahun

p) Data Sosial

Klien berinteraksi dengan kooperatif, dan baik dengan keluarga, perawat maupun dengan pasien lainnya. Hubungan dengan tetangga masyarakat dan lingkungan baik.

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 belum mau melakukan seksual sebelum 40 hari

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 dari pada ibu post Sc, Breast care, perawatan luka dirumah.

u) Data Penunjang

2) Labolatorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Keterangan
HEMATOLOGI				
• Hematologi rutin				
Hemoglobin	** 11.4	g/dl	12.0-16.0	
Leukosit	**	/ul	4,000-	
Hematokrit	16,500	%	10,000	
Eritrosit	** 35	10'6ul	34-47	
Trombosit	** 4.6	uL	3,8-5.2	
	341,000		150,000-450,000	

c) Program dan Rencana Pengobatan

Nama obat	Dosis	Cara Pemberian	Waktu	Kegunaan
Ringer laktat (RL)	500 ml	iv	1x1	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang saat mengalami luka, cedera, atau menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak.
Capsinat	6 mg	iv	2x1	untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran nafas, saluran urogenital, kulit dan jaringan

				lunak, tulang dan sendi serta gigi.
Keterolac	120 mg	iv	2x1	untuk mengatasi nyeri jangka pendek pada kondisi pascaoperasi, nyeri pada otot dan sendi hingga nyeri tulang belakang dan jaringan lunak.
Asam mefenamat	500 mg	oral	3x1	Mengurangi nyeri dan peradangan pasca operasi
Gomino	500 mg	Oral	3x1	Meningkatkan kekebalan tubuh dan mengurangi gejala batuk dan filek
Vit c	250mg	Oral	1x1	Meningkatkan kekebalan tubuh, antioksidan, dan membantu penyerapan zat besi

3. Analisa Data

NO	Analisa data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - pasien mengatakan nyeri pada perut post Sc - Nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat - Nyeri dirasakan tiba-tiba Do : - pasien tampak meringis - Skala Nyeri 6 (1-10) - Td: 115/80 mmHg - N: 89x/Menit - R: 21x/menit	Agen cedera fisik (Luka post op Sc) ↓ Terputusnya kontuinitas jaringan ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin,	Nyeri akut b/d Agen pencedra fisik (D.0077) Hl; 172

		histamin, prostaglandin) ↓ Respon Nyeri ↓ Nyeri Akut	
2	Ds : • pasien mengatakan nyeri pada post sc Do: • terdapat luka insisi SC dengan jenis Horizontal • tidak tampak rembesan di luka	Tindakan SC ↓ Luka post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Jalan masuk kuman ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304
3	Ds: • pasien mengatakan tidak tahu cara merawat payudara agar produksi ASI lancar • pasien mengatakan ASI belum keluar dan tidak tahu cara merangsang produksinya. Do: • Pasien belum tau melakukan pijatan untuk merangsang asi • payudara tampak tegang • bayi belum menyusui dengan optimal karena klien belum memahami Teknik breast care	Kurang informasi ↓ Tidak tahu merawat payudara agar produksi ASI lancar ↓ Payudara tampak tegang ↓ Tidak tahu apa yang harus dilakukan ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111) HL: 246

j. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	TTD
1.	Nyeri akut b/d Agen pencedra fisik (D.0077) Hl; 172	20 – januari - 2025	Neng Mala Komalasari	
2.	Risiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304	20 – januari - 2025	Neng Mala Komalasari	
3.	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111) Hl: 246	20 – januari - 2025	Neng Mala Komalasari	

k. Perencanaan

Pasien 1	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut b/d Agen pencedra fisik (D.0077) HI; 172	Tingkat Nyeri (L.08066) HI; 147 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Tingkat nyeri Menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Skala nyeri menurun: 3; 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) HI; 201 Observasi : 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, Frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi respons nyeri non verbal 5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping	Observasi: 1. Untuk mengetahui seberapa sering munculnya nyeri 2. Untuk mengetahui seberapa jauh nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui penyebab nyeri 4. Untuk mengungkapkan nyeri dengan kata-kata, sehingga perlu mengamati ekspresi wajah, gerakan tubuh, atau perubahan tanda vital untuk menilai tingkat nyeri. 5. Pemahaman pasien tentang nyeri dan cara mengatasinya memengaruhi respons dan kepatuhan terhadap pengobatan, sehingga perlu dievaluasi untuk memberikan

	penggunaan analgetik	edukasi yang tepat.
	Terapeutik:	6. membantu tenaga medis memberikan perawatan yang lebih sesuai dan efektif.
10.	Berikan Teknik non-farmakologis (Terapi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	7. nyeri pasca operasi dapat menghambat aktivitas sehari-hari, menyulitkan perawatan bayi, dan memengaruhi kesehatan mental, sehingga penting untuk mengelolanya dengan baik.
11.	kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	8. terapi tambahan seperti teknik relaksasi, pijat, atau terapi musik perlu dievaluasi efektivitasnya agar bisa disesuaikan jika diperlukan.
12.	fasilitasi istirahat dan tidur	9. Obat pereda nyeri dapat menimbulkan efek samping seperti mual, pusing, atau konstipasi. Pemantauan rutin diperlukan
13.	pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	
	Edukasi:	
14.	Jelaskan strategi meredakan nyeri	
15.	Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	
16.	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
17.	Anjurkan menggunakan	

-
- | | |
|---|--|
| analgetik
secara tepat | untuk
mencegah |
| 18. Ajarkan Teknik
non-
farmakologis
untuk
mengurangi
rasa nyeri | komplikasi dan
menyesuaikan
dosis jika
perlu. |
| | Terapeutik: |
| | 10. Teknik relaksasi |

Kolaborasi:

19. Kolaborasi
pemberian
analgetik'

Jurnal; pengaruh
relaksasi benson
terhadap nyeri pada
pasien post seksio
sesaria, sumber:

1. Irwan
Batubara
2. Elly Indrani
harahap
3. Ratni
siregar

Benson
membantu
menenangkan
pikiran,
mengurangi
stres, dan
merangsang
pelepasan
hormon endorfin
yang dapat
mengurangi rasa
nyeri

11. Lingkungan
yang nyaman
membantu
pasien lebih
rileks,
mengurangi
stres, dan
mencegah faktor
eksternal yang
dapat
memperburuk
persepsi nyeri.

12. Tidur yang
cukup
membantu
proses
pemulihan
tubuh,
mengurangi
ketegangan otot,
dan
meningkatkan
toleransi
terhadap nyeri.

13. Mengetahui
penyebab dan
-

karakteristik
nyeri membantu
dalam pemilihan
strategi
manajemen
nyeri yang lebih
efektif dan
sesuai dengan
kondisi pasien.

Edukasi:

14. Memberikan pemahaman tentang berbagai cara mengurangi nyeri membantu pasien merasa lebih tenang dan dapat memilih metode yang paling sesuai.
 15. Mengetahui asal dan pola nyeri membantu pasien mengenali tanda-tanda perburukan dan mengambil tindakan yang tepat untuk mengatasinya.
 16. Pemantauan mandiri membantu pasien lebih sadar akan kondisi tubuhnya, sehingga dapat segera melaporkan jika nyeri memburuk atau terjadi komplikasi.
 17. membantu mengontrol
-

				nyeri secara efektif dan mencegah efek samping akibat penggunaan yang tidak tepat. 18. Teknik seperti pernapasan dalam, relaksasi, atau kompres hangat dapat membantu mengurangi nyeri tanpa efek samping obat. Kolaborasi: 19. Bekerja sama dengan dokter untuk pemberian obat nyeri yang sesuai memastikan pasien mendapatkan pengobatan yang efektif dan aman sesuai kebutuhannya.
2.	Risiko infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304	Tingkat Infeksi (L.14137) HL; 141 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Demam menurun Nyeri menurun Kemerahan menurun Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (L.14539) HL; 278 Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Observasi: 1. Untuk melihat adanya perubahan suhu tubuh Terapeutik; 2. Untuk mengurangi risiko terpapar dari luar 3. mencegah penyebaran kuman dan infeksi dari satu tempat ke tempat lain

-
- | | | |
|-----------------------|---|---|
| dan lingkungan pasien | 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi | 4. menghindari masuknya kuman atau bakteri ke tubuh pasien yang rentan terkena infeksi. |
| | 5. Berikan perawatan kulit pada area edema | 5. Mencegah luka atau iritasi pada kulit yang dapat menjadi pintu masuk infeksi. |
| Edukasi : | 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi | Edukasi: |
| | 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar | 6. untuk membantu meng-identifikasi dini adanya infeksi, memahami tingkat keparahannya |
| | 8. Ajaran cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi | 7. Mencegah penyebaran kuman dan mengurangi risiko infeksi pada pasien dan lingkungan sekitar. |
| | 9. Anjurkan meningkat-kan asupan nutrisi | 8. Memastikan pasien atau keluarga dapat mendeteksi tanda-tanda infeksi pada luka agar segera mendapat penanganan |
| | 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan | 9. Nutrisi yang baik meningkat-kan system kekebalan tubuh sehingga lebih kuat melawan infeksi. |
| kolaborasi | 11. pemberian imunisasi, jika perlu | 10. Membantu tubuh men- |
-

geluarkan racun dan menjaga keseimbangan cairan untuk mendukung proses penyembuhan.

Kolaborasi :

11. Memberikan perlindungan tambahan terhadap infeksi tertentu untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

3	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111) Hl: 246	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Hl: 148 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Verbalisasi minat dalam belajar 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	Edukasi Kesehatan (I.12383) Hl; 65 Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 3. Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan	Observasi: 1. Agar informasi dapat diterima dengan baik sesuai dengan kondisi, pemahaman, dan kebutuhan individu. 2. Memahami faktor pendorong dan penghambat membantu dalam merancang strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan perilaku sehat. Terapeutik: 3. Memastikan individu mendapatkan
----------	--	--	--	---

-
5. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi:

6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
4. Agar edukasi berjalan efektif dan tidak mengganggu aktivitas rutin penerima edukasi.
 5. Meningkatkan pemahaman dengan memberikan ruang bagi individu untuk klarifikasi dan diskusi.

Edukasi:

6. Agar individu memahami ancaman kesehatan dan cara pencegahannya.
 7. Meningkatkan kesadaran dan keterampilan dalam menjaga kesehatan sehari-hari.
 8. Membantu individu mengadopsi kebiasaan sehat secara berkelanjutan dengan cara yang sesuai dengan kondisi mereka.
-

I. Pelaksanaan

No	Tanggal/jam	Dp	Tindakan	Nama&ttd
1	Senin 20/1/2025	1 16.15	-Melakukan Tindakan ttv Hasil: TD: 120/80 N: 87x/menit S : 36,6°C R: 20x/menit SPO2: 99%	Neng Mala komalasari
		1 16.30	-Mengidentifikasi lokasi,durasi,karakteristik,dan faktor pencetus nyeri setelah 3 jam post operasi Hasil: Pasien mengatakan nyeri di area perut dan sulit untuk bergerak atau berpindah posisi. Nyeri terasa ketika pasien bergerak dan berkurang ketika pasien rileks.	
		1 16.35	-Memantau adanya keterbatasan klien dalam melakukan pergerakan Hasil: pasien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasa nyeri	
		1 16.40	-Mengidentifikasi skala Nyeri Hasil: Skala Nyeri 6(1-10)	
		1 16.45	-Berikan Teknik non farmakologis (Terapi benson) untuk mengurangi nyeri Langkah-langkah terapi benson: 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan rileks 2. Posisi pasien tidur terlentang 3. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali 4. Anjurkan klien memejamkan mata 2-3	

	menit untuk menghayati segala sesuatunya dari Allah dan milik Allah setiap melaksanakan point 5
	5. Anjurkan klien mengikuti ucapan peneliti dengan penuh penghayatan, Laa ilaha illahloh, subhanalloh walhamdulillah laillaha illoh, 3-5 kali berturut-turut, interval 5 menit anjurkan nafas normal dan 3 kali napas dalam
	6. Ulangi point 5, frekwensi sesuai kemampuan klien minimal 5 kali
	7. Pelaksanaan hari 1 setelah pasien kooperatif komunikasi
	Hasil: pasien merasa lebih tenang, sudah bisa melakukannya dengan benar
	-Mengidentifikasi skala Nyeri setelah dilakukan teknik terapi benson
1 17.00	Hasil: Skala Nyeri 5 (1-10)
	-Memberikan pasien obat capsinat 6 mg & ketorolac 120 mg
1 18.00	Hasil: obat telah diberikan melalui intravena
	-Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri
1 22.15	Hasil: klien masih merasa kesakitan untuk miring kanan dan kiri masih dibantu
	-Melakukan up kateter
	Hasil: kateter sudah terlepas

		1		
		22.30	-Menganjurkan klien untuk melakukan terapi relaksasi benson ketika pasien merasakan nyeri Hasil: Pasien melakukan teknik terapi benson ketika merasa nyeri	
2	Selasa 21/1/2025	1 07.05	-Melakukan Tindakan ttv Hasil: 110/80 mmHg N: 87x/menit R: 21x/menit S: 36.1 c Spo2 : 98%	Neng Mala komalasari
		1 07.15	-Memberikan makan makan dan minum pasien Hasil: pasien makan habis 1 porsi	
		1 08.00	-Mengidentifikasi Lokasi, frekuensi, intensitas nyeri Hasil: pasien mengatakan Nyeri pada perut post SC merasakan nyeri dengan tiba-tiba	
		1 08.15	-Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Klien mengatakan Nyeri bertambah jika klien banyak beraktivitas	
		II 08.50	-Menyeka pasien Hasil: pasien tampak lebih segar	
		1 09.05	-menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan Teknik napas dalam atau terpi benson	

	Hasil: agar klien bisa melakukannya secara mandiri
1	Ketika muncul nyeri
10.30	
	-Mengidentifikasi skala Nyeri
	Hasil: Skala Nyeri 4 (1-10)
1	
10.40	-mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
	Hasil: Klien mengatakan nyeri di bagian perut post sc
I	saja
11.05	
	-Mengganti cairan infus
	Hasil: RI 20Tpm
I	
11.10	
	-Berikan Teknik non farmakologis (Terapi benson) untuk mengurangi nyeri
	Langkah-langkah terapi benson:
	1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan rileks
	2. Posisi pasien tidur terlentang
	3. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali
	4. Anjurkan klien memejamkan mata 2-3 menit untuk menghayati segala sesuatunya dari Allah dan milik Allah setiap melaksanakan point 5
	5. Anjurkan klien mengikuti ucapan peneliti dengan penuh penghayatan, Laa ilaha illahloh, subhanalloh walhamdulillah laillaha illoh, 3-5 kali

			berturut-turut, interval 5 menit anjurkan nafas normal dan 3 kali napas dalam	
			6. Ulangi point 5, frekuensi sesuai kemampuan klien minimal 5 kali	
			7. Pelaksanaan hari 1 setelah pasien kooperatif komunikasi	
			Hasil: pasien merasa lebih tenang	
		I	-Mengidentifikasi skala Nyeri	
		11.25	Hasil: Skala Nyeri menurun 3 (1-10)	
		1	-Melakukan Tindakan ttv ny.t	
		15.00	Hasil: 116/74 mmHg	
3.	Rabu	1	Melakukan Tindakan ttv	Neng Mala
	22/1/2025	06.30	Hasil: 105/69mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,7 ° Spo2: 99%	komalasari
				
		I	-Mengobservasi nyeri	
		06.40	Hasil: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang	
		1	-Memberikan pasien makan dan minum	
		06.50	Hasil: Pasien makan habis 1 porsi	
		I	-Up infus pasien	
		08.15	Hasil: infus sudah tidak terpasang	
		I	Berikan Teknik non farmakologis (Terapi benson) untuk mengurangi nyeri Langkah-langkah terapi benzon:	
		08.50		

-
1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan rileks
 2. Posisi pasien tidur terlentang
 3. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali
 4. Anjurkan klien memejamkan mata 2-3 menit untuk menghayati segala sesuatunya dari Allah dan milik Allah setiap melaksanakan point 5
 5. Anjurkan klien mengikuti ucapan peneliti dengan penuh penghayatan, Laa ilaha illallah, subhanallah walhamdulillah laillaha illo, 3-5 kali berturut-turut, interval 5 menit anjurkan nafas normal dan 3 kali nafas dalam
 6. Ulangi point 5, frekuensi sesuai kemampuan klien minimal 5 kali
 7. Pelaksanaan hari 1 setelah pasien kooperatif komunikasi

Hasil: pasien merasa lebih tenang lebih nyaman

I -Mengidentifikasi skala Nyeri
09.15 Hasil: Skala Nyeri menurun 2 (1-10)

II -Melakukan Tindakan ganti perban
09.30 Hasil: luka klien tampak bersih, jaitan rapih, kering. Panjang luka 10 cm

-
- II**
09.35 -mempertahankan Teknik
aseptic pada pasien beresiko
tinggi
Hasil: Membersihkan luka
pasien dengan menggunakan
cairan NacL
- II**
09.40 -Memonitor tanda dan gejala
infeksi local dan sistemik
Hasil: Luka jahitan post sc
Bagus, rapih dan kering, tidak
ada kemerahan,
pembengkakan dan tidak ada
rembesan pada luka post sc
- II**
09.50 -Membatasi jumlah
pengunjung
Hasil: pasien ditunggu
keluarganya
- II**
09.55 -mengajarkan mencuci tangan
sebelum dan sesudah kontak
dengan pasien dan
lingkungan pasien
Langkah-langkah cuci tangan
yang benar :
1. Basahi tangan dengan
air bersih
2. Ambil sabun cuci
tangan secukupnya
3. Gosokkan sabun pada
telapak tangan
4. Gosokkan punggung
tangan kiri dengan
telapak tangan kanan,
dan sebaliknya
5. Gosok sela-sela jari
dengan posisi saling
mengunci
6. Gosok ibu jari dengan
memutar
7. Gosok ujung jari
dengan memutar
8. Bilas tangan dengan
air bersih
-

-
9. keringkan tangan
dengan handuk atau
tisu

Hasil: klien mengerti dan
memahami cara cuci tangan 6
langkah

- III** -mengidentifikasi kesiapan
11.30 dan kemampuan menerima
informasi

Hasil: Pasien menerima
informasi dari perawat
dengan baik

- III** -menjadwalkan Pendidikan
11.40 Kesehatan sesuai kesepakatan
Hasil: kesepakatan kontrak
waktu pada pukul 12.00

- III** -menyediakan materi dan
12.00 media Pendidikan Kesehatan
Langkah-langkah breast care:
PERSIAPAN ALAT

1. Handuk 2 buah
2. Washlap 2 buah
3. Waskom berisi air dingin 1
buah
4. Waskom berisi air hangat 1
buah
5. Minyak kelapa/baby oil
6. Waskom kecil 1 buah berisi
kapas/kasa secukupnya
7. Baki, alas dan penutup

CARA PERTAMA

- Basahi kedua telapak
tangan dengan Baby
Oil atau minyak
kelapa
 - Tempatkan tangan
pada payudara
kemudian lakukan
Gerakan memutar
mengelilingi payudara
ke arah timur
 - Ketika tangan kiri
berada dibawah
-

payudara sebentar dan
lepaskan secara
perlahan Lakukan
Gerakan 25/sd 30 kali

CARA KEDUA

- Tangan kanan membentuk kepalan dengan buku-buku jari
- Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau kearah puting susu dan merata keseluruhan payudara
- Lakukan secara bergantian untuk payudara lain
- Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali

CARA KETIGA

- Lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung arah puting susu
- Lakukan secara bergantian untuk payudara lain
- Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali

PERAWATAN TERAKHIR

- Terakhir lakukan gerakan memelinitir puting susu sampai puting susu elastis dan kenyal
 - Kemudian cuci payudara dengan air hangat dan kompres payudara dengan handuk kecil yang sudah dibasahi dengan air hangat secara bergantian pada
-

payudarayang lain
selama5 menit

- Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin dan diakhiri dengan air dingin
- Ulangi secara bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara
- Kemudiann lakukan pengeluaran ASI dan Keringkan

Hasil: menyediakan materi leaflet terkait breast care pasien memahami penjelasan perawat

III
12.15 -memberikan kesempatan untuk bertanya

Hasil: pasien sudah mengerti dari penjelasan perawat

III
12.30 -menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan

“Ibu perlu menjaga kebersihan luka operasi agar tidak terjadi infeksi. Jika muncul kemerahan, bengkak, atau keluar cairan dari luka, segera periksakan ke dokter.”

jaga kebersihan luka →

Cuci tangan sebelum menyentuh luka, ganti perban sesuai anjuran dokter.

Hindari aktivitas berat →

Jangan mengangkat beban berat minimal 6 minggu pasca operasi.

Lakukan mobilisasi dini →

Mulai dengan duduk dan berjalan perlahan untuk mencegah penggumpalan darah.

Konsumsi makanan sehat

→ Perbanyak protein untuk mempercepat penyembuhan luka.

Pantau kondisi psikologis

→ Jangan ragu untuk berbicara dengan tenaga medis jika merasa cemas atau stres berlebihan.

Hasil: klien memahami dengan baik penjelasan perawat

m. Evaluasi

Tanggal	Dp	Evaluasi sumatif	Nama & TTD
22- Januari- 2025	I	S:Klien mengatakan nyeri sudah menurun O: Meringis menurun Skala Nyeri 2(1-10) A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan/Pasien dipulangkan	Neng mala komalasari 
22 Januari- 2025	II	S: Klien mengatakan sudah memahami bagaimana cara mencegah infeksi pada luka post operasi Sc O: Klien tampak mengerti dan paham A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan/Pasien dipulangkan	Neng mala komalasari 
22 Januari- 2025	III	S: klien mengatakan sudah mengetahui perawatan breast care O: klien tampak terlihat bisa melakukannya A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan/Pasien dipulangkan	Neng mala komalasari 

Lampiran 4 Jurnal Literatur Review

LAPORAN RESUME READING ARTIKEL JURNAL

A. READING ARTIKEL JURNAL 1

No.	Elemen	Deskripsi
1.	Judul Artikel	Pengaruh Relaksasi benson terhadap nyeri pada pasien post seksio sesaria di RSUD kota padang sidempuan
2.	Penulis	1. Irwan Batubara 2. Elly Indrani Harahap 3. Ratni siregar
3.	Tahun Publikasi	Tahun 2015
4.	Nama Jurnal	Relaksasi Benson,Nyeri post sc
5.	Tujuan Penelitian	Untuk mengetahui pengaruh relaksasi benson pada pasien post seksio sesarea terhadap rasa nyeri
6.	Penelitian	1. Jenis Penelitian: Analitik dengan desain one group pre-test, post-test. 2. Populasi: Ibu post seksio sesarea yang dirawat di Ruang Bersalin RSUD Kota Padangsidempuan. 3. Sampel: Insidental, berjumlah 48 responden, diambil pada bulan Juli - Agustus 2015. 4. Kriteria Inklusi: a. Pasien post operasi seksio hari pertama (12–20 jam setelah operasi) dan kooperatif komunikasi. b. Pasien gravida 1 dan 2 post seksio sesaria pertama kali, beragama Islam. c. Pasien seksio sesaria dan dirawat di bagian bersalin RSUD Kota Padangsidempuan. d. Pasien post seksio sesaria dengan bayi hidup. 5. Pengumpulan Data: Mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi menggunakan Numeric Rating Scale (NRS).

6. Analisis Data: Menggunakan uji “t” berpasangan dengan bantuan SPSS untuk mengetahui perbedaan tingkatan nyeri.	
7. Hasil Penelitian	1. Tingkat Nyeri Sebelum Intervensi: - Nyeri Ringan: 2,08% - Nyeri Sedang: 60,42% - Nyeri Berat: 37,50% - Tidak ada responden yang mengalami nyeri sangat berat. 2. Tingkat Nyeri Sesudah Intervensi: - Nyeri Ringan: 70,83% - Nyeri Sedang: 29,17% - Tidak ada responden yang mengalami nyeri berat atau sangat berat. 3. Perubahan Tingkat Nyeri: - Terdapat penurunan signifikan dari tingkat nyeri berat (37,50% sebelum intervensi menjadi tidak ada setelah intervensi) dan peningkatan nyeri ringan (dari 2,08% menjadi 70,83%). 4. Analisis Statistik: - Uji t berpasangan menunjukkan perbedaan bermakna dengan p-value 0,000, yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan dari teknik relaksasi Benson dalam mengurangi nyeri pada pasien post seksio sesaria. 5. Rerata Nyeri: - Sebelum intervensi: Mean = 5,83 - Sesudah intervensi: Mean = 2,85 - Rerata beda mean = 2,98. Hasil ini menunjukkan bahwa intervensi relaksasi Benson efektif dalam mengurangi intensitas nyeri pada pasien post seksio sesaria.
8. Kesimpulan	1. Pengaruh Relaksasi Benson: Terdapat pengaruh yang signifikan dari teknik relaksasi Benson dalam mengurangi intensitas nyeri pada pasien post seksio sesaria di RSUD Kota Padangsidempuan. 2. Perubahan Tingkat Nyeri: Sebelum intervensi, 60,42% responden mengalami nyeri sedang, dan setelah intervensi, persentase ini menurun

menjadi 29,17%, sedangkan nyeri ringan meningkat dari 2,08% menjadi 70,83%.

3. Hasil Statistik: Analisis menggunakan uji t berpasangan menunjukkan p-value 0,000, yang menunjukkan adanya perbedaan bermakna dalam tingkat nyeri sebelum dan sesudah intervensi.

4. Rekomendasi untuk Praktik: Disarankan agar tenaga kesehatan, khususnya bidan, menerapkan teknik relaksasi Benson untuk membantu pasien mengurangi tingkat nyeri pasca operasi seksio sesaria.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan relaksasi Benson dapat menjadi intervensi yang efektif dalam manajemen nyeri pasca operasi.

LINK:

https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=pengaruh+terapi+Benson+pada+ibu+post+sc+&oq=#d=gs_qabs&t=1737298958298&u=%23p%3D-iQDJTVwDDsJ

B. READING ARTIKEL JURNAL 2

NO.	Elemen	Deskripsi
1.	Judul Artikel	Efektifitas Relaksasi slow Deep Breathing dan Relaksasi Benson terhadap penurunan intensitas Nyeri pada pasien post section caesarea
2.	Penulis	1. Neni rustini 2. Feva Tridiyawati
3.	Tahun Publikasi	Tahun 2022
4.	Nama Jurnal	“ <i>post sectio caesarea</i> , Slow Deep Breathing, Benson “
5.	Tujuan Penelitian	Tujuan penelitian jurnal tersebut adalah untuk mengetahui efektivitas relaksasi slow deep breathing dan relaksasi Benson terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post Sectio Caesarea.
6.	Metode Penelitian	Metode penelitian dalam jurnal tersebut adalah penelitian kuantitatif dengan desain quasi-

	experimental menggunakan one group pre-test post-test design. Penelitian ini melibatkan 54 responden yang dibagi menjadi dua kelompok: 27 responden dalam kelompok relaksasi slow deep breathing dan 27 responden dalam kelompok relaksasi Benson. Teknik pengumpulan sampel yang digunakan adalah purposive sampling.
7. Hasil Penelitian	Hasil penelitian dari jurnal tersebut menunjukkan bahwa: 1. Penurunan Intensitas Nyeri: Baik teknik relaksasi Slow Deep Breathing maupun relaksasi Benson sama-sama efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post Sectio Caesarea. 2. Hasil Uji Statistik: Nilai p untuk kedua intervensi adalah 0,000, yang menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi. 3. Distribusi Intensitas Nyeri: - Setelah teknik Slow Deep Breathing, sebagian besar responden mengalami penurunan intensitas nyeri dari nyeri berat menjadi nyeri ringan dan sedang. - Setelah teknik Benson, penurunan serupa juga terjadi, dengan banyak responden yang mengalami nyeri ringan dan tidak ada nyeri sama sekali setelah intervensi.
8. Kesimpulan	Kesimpulan: Kedua teknik relaksasi ini efektif dalam mengurangi skala nyeri pada pasien post SC, sehingga dapat digunakan sebagai manajemen nyeri non-farmakologis yang membantu meningkatkan kualitas hidup pasien. 1. Efektivitas Intervensi: Baik teknik relaksasi Slow Deep Breathing maupun relaksasi Benson terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post Sectio Caesarea. 2. Perbedaan Signifikan: Terdapat perbedaan yang signifikan antara intensitas nyeri sebelum

dan sesudah intervensi, dengan nilai $p = 0,000$, yang menunjukkan bahwa kedua teknik relaksasi ini memberikan dampak positif terhadap manajemen nyeri.

3. Manajemen Nyeri Non-Farmakologis: Penggunaan teknik relaksasi ini diharapkan dapat mengurangi angka kesakitan pada ibu post Sectio Caesarea dan memperbaiki kualitas hidup serta aktivitas harian mereka.

LINK:

https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=pengaruh+terapi+Benson+pada+ibu+post+sc+&oq=#d=gs_qabs&t=1737300058089&u=%23p%3D59zbsotu4k0J

C. READING ARTIKEL JURNAL 3

No.	Elemen	Deskripsi
1.	Judul Artikel	Pengaruh Teknik Benson Relaxation Terhadap Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Rsud Dr. H.M. Rabain Muara Enim
2.	Penulis	1. Nesi Novita 2. Heni sumastri 3. Marinisa Nindita sari
3.	Tahun Publikasi	28 juni 2022
4.	Nama jurnal	Jurnal Kesehatan poltekkes Palembang
5.	Tujuan penelitian	Tujuan penelitian dari jurnal tersebut adalah untuk mengetahui pengaruh teknik Benson Relaxation terhadap intensitas nyeri pada ibu post sectio caesarea di RSUD Dr. H. M. Rabain Muara Enim.
6.	Metode Penelitian	Metode penelitian dari jurnal tersebut adalah: 1. Jenis Penelitian: Quasi eksperimen. 2. Desain Penelitian: Non equivalent control group design. 3. Teknik Pengambilan Sampel: Purposive sampling. 4. Sampel Penelitian: 34 ibu post sectio caesarea hari pertama di RSUD Dr. H. M.

	Rabain Muara Enim yang memenuhi kriteria inklusi. 5. Analisis Data: Menggunakan uji statistik Mann-Whitney.
7. Hasil penelitian	Hasil penelitian dari jurnal tersebut adalah sebagai berikut: 1. Jumlah Responden: Penelitian melibatkan 34 ibu post sectio caesarea yang dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi (17 orang) dan kelompok kontrol (17 orang). 2. Intensitas Nyeri Sebelum Intervensi: - Kelompok Intervensi: Median intensitas nyeri sebelum diberikan teknik Benson Relaxation adalah 5,00 (min-max: 3-6). - Kelompok Kontrol: Median intensitas nyeri adalah 5,00 (min-max: 3-6). 3. Intensitas Nyeri Sesudah Intervensi: - Kelompok Intervensi: Median intensitas nyeri setelah diberikan teknik Benson Relaxation menjadi 2,00 (min-max: 1-4). - Kelompok Kontrol: Median intensitas nyeri setelah intervensi tetap 4,00 (min-max: 3-6). 4. Uji Statistik: - Sebelum intervensi, p-value = 0,871 (tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol). - Setelah intervensi, p-value = 0,000 (terdapat perbedaan signifikan dalam intensitas nyeri antara kelompok intervensi dan kontrol). Kesimpulan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik Benson Relaxation berpengaruh dalam mengurangi intensitas nyeri pada ibu post sectio caesarea.
8. Kesimpulan	Hasil penelitian dari jurnal tersebut adalah sebagai berikut: 1. Jumlah Responden: Penelitian melibatkan 34 ibu post sectio caesarea yang dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi (17 orang) dan kelompok kontrol (17 orang). 2. Intensitas Nyeri Sebelum Intervensi:

- Kelompok Intervensi: Median intensitas nyeri sebelum diberikan teknik Benson Relaxation adalah 5,00 (min-max: 3-6).

- Kelompok Kontrol: Median intensitas nyeri adalah 5,00 (min-max: 3-6).

3. Intensitas Nyeri Sesudah Intervensi:

- Kelompok Intervensi: Median intensitas nyeri setelah diberikan teknik Benson Relaxation menjadi 2,00 (min-max: 1-4).

- Kelompok Kontrol: Median intensitas nyeri setelah intervensi tetap 4,00 (min-max: 3-6).

4. Uji Statistik:

- Sebelum intervensi, p-value = 0,871 (tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol).

- Setelah intervensi, p-value = 0,000 (terdapat perbedaan signifikan dalam intensitas nyeri antara kelompok intervensi dan kontrol).

Kesimpulan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik Benson Relaxation berpengaruh dalam mengurangi intensitas nyeri pada ibu post sectio caesarea.

LINK:

<https://jurnal.poltekkespalembang.ac.id/index.php/JPP/article/view/1160/693>

Lampiran 5 Leaflet Perawatan Payudara

PERAWATAN PAYUDARA PADA POST SC

Neng mala komalasari
221FK01022

PENGERTIAN

Melakukan Perawatan payudara pada ibu yang sudah melahirkan. Suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.

MANFAAT

- Menjaga kebersihan payudara
- Melancarkan sirkulasi di payudara
- Merangsang produksi
- Mencegah pembekakan payudara

PERSIAPAN ALAT

1. Handuk 2 buah
2. Washlap 2 buah
3. Waskom berisi air dingin 1 buah
4. Waskom berisi air hangat 1 buah
5. Minyak kelapa/baby oil
6. Waskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
7. Baki, alas dan penutup

CARA PERAWATAN

CARA PERTAMA

- Basahi kedua telapak tangan dengan Baby Oil atau minyak kelapa
- Tempatkan tangan pada payudara kemudian lakukan Gerakan memutar mengelilingi payudara ke arah timur
- Ketika tangan kiri berada dibawah payudara sebentar dan lepaskan secara perlahan
- Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali



www.mimifox

CARA KEDUA

- Tangan kanan membentuk kepalan dengan buku-buku jari
- Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau kerah puting susu dan merata keseluruhan payudara
- Lakukan secara bergantian untuk payudara lain
- Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali



CARA KETIGA

- Lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangka ke ujung arah puting susu
- Lakukan secara bergantian untuk payudara lain
- Lakukan Gerakan 25/sd 30 kali



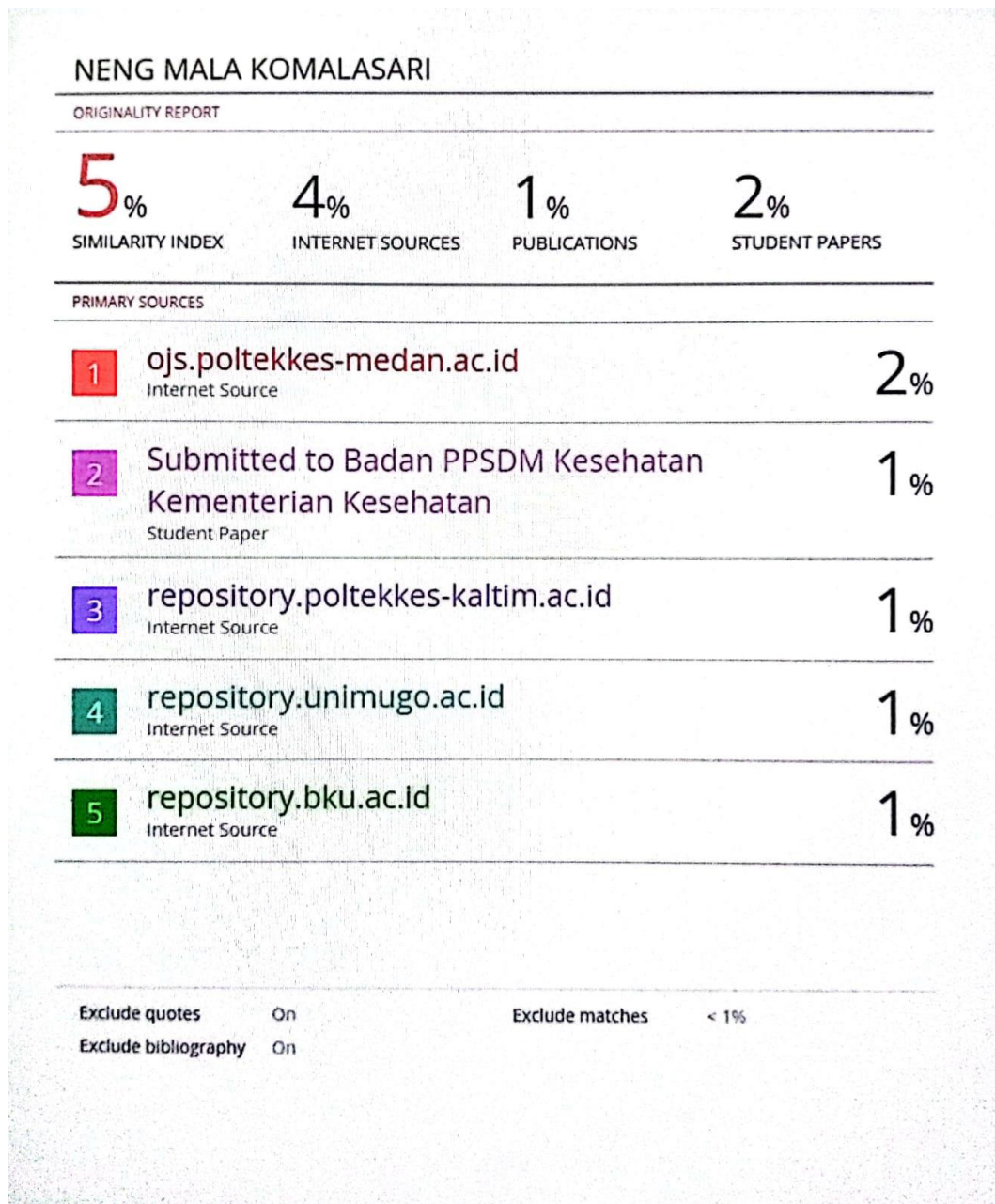
PERAWATAN TERAKHIR

- ❖ Terakhir lakukan gerakan memelinitir puting susu sampai puting susu elastis dan kenyal



- ❖ Kemudian cuci payudara dengan air hangat dan kompres payudara dengan handuk kecil yang sudah dibasahi dengan air hangat secara bergantian pada payudara yang lain selama 5 menit
- ❖ Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin dan diakhiri dengan air dingin
- ❖ Ulangi secara bergantian sebanyak 3 kali pada setiap payudara
- ❖ Kemudian lakukan pengeluaran ASI dan Keringkan

Lampiran 6 HASIL TURNITIN



Lampiran 7 DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Neng Mala Komalasari
NIM : 221FK01022
Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 05 Mei 2004
Alamat : Kp. Rancabango RT 01/RW 01 Desa Tegal
Sumedang Kecamatan Rancaekek Kabupaten
Bandung Provinsi Jawa Barat

Pendidikan

1. SDN Rancabango : 2010 - 2016
2. SMP Pasundan Rancaekek : 2016 - 2019
3. SMK Tunas Mekar : 2019 - 2022
4. Universitas Bhakti Kencana : 2022 – 2025