

## LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Responden

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ny. N

Umur : 25 Tahun

Alamat : Central Utara

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden studi kasus yang akan dilakukan oleh mahasiswa D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bandung yang berjudul "Asuhan Keperawatan Ny."X" PxAx Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum Pada Ibu *Post Partum* Spontan di Ruang Aster Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2023".

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Selama dalam proses kegiatan ini jika terdapat hal-hal yang diperlukan dapat menghubungi saya (Nida Hani Maisa dengan nomor HP : 0821-2345-6593).

08996987085

Bandung...13...April...2023.....

Mengetahui,

Pelaksana Studi Kasus



(Nida Hani Maisa)

NIM.P17320120055

Peserta Studi Kasus



(.....)

Lembar 2 : Lembar Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan, Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung:

Nama : Nida Hani Maisa

NIM : P17320120055

Menuliskan surat permohonan ini dengan maksud akan melakukan Studi Kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang berjudul "Asuhan Keperawatan Ny."X" PxAx Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum Pada Ibu *Post Partum* Spontan di Ruang Aster Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2023" sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan. Keterlibatan Bapak/Ibu/Saudara/i dalam asuhan ini sangat menguntungkan, kedua akan mempercepat perawatan pasien. Oleh karena itu, untuk pelaksanaan kegiatan tersebut, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus tersebut.

Segala informasi yang disampaikan oleh Bapak/Ibu/Saudara/i akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus ini. Saya akan bertanggung jawab jika ada informasi yang diberikan akan merugikan responden. Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i berkenan menjadi responden, mohon kiranya Bapak/Ibu/Saudara/i menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (lembar *informed consent*).

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Bandung, 13 April 2023



(Nida Hani Maisa)

Lampiran 3 : Lembar Observasi Penyembuhan Luka Perineum (REEDA)

**LEMBAR OBSERVASI PENYEMBUHAN LUKA PERINEUM  
MENGUNAKAN SKALA REEDA**

No	Item Penyembuhan	Hasil																			
		Hari ke-1 13-04-2023				Hari ke-2 14-04-2023				Hari ke-3 16-04-2023				Hari ke-4 18-04-2023				Hari ke-5 19-04-2023			
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
1	<i>Redness</i> (Kemerahan)		✓				✓				✓				✓				✓		
2	<i>Edema</i> (Pembengkakan)			✓			✓				✓				✓				✓		
3	<i>Ecchymosis</i> (Bercak Darah)	✓					✓				✓				✓				✓		
4	<i>Discharge</i> (Pengeluaran)		✓				✓				✓				✓				✓		
5	<i>Approximation</i> (Penyatuan Luka)			✓				✓				✓				✓				✓	
Jumlah		6				5				2				0				0			

Keterangan :

0 = penyembuhan luka baik (good wound healing)

1-5 = penyembuhan luka kurang baik (insufficient wound healing)

>5 = penyembuhan luka buruk (poor wound healing)

#### Lampiran 4 : SOP Perawatan Luka Perineum

<b>PERAWATAN LUKA PERINEUM</b>	
<b>Pengertian</b>	Perawatan luka perineum adalah perawatan dengan cara membersihkan vulva, perineum dan vagina pada pasien yang sudah melahirkan dengan dilakukan penjahitan perineum.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga kebersihan.</li> <li>2. Mencegah infeksi.</li> <li>3. Memberikan rasa nyaman pada pasien.</li> </ol>
<b>Kebijakan</b>	Sebagai upaya optimalisasi Asuhan Kebidanan/ Keperawatan pada Ibu Nifas dengan luka perineum sesuai literatur.
<b>Prosedur</b>	<p><b>A. Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kasa steril pada tempatnya.</li> <li>2. Air DTT (air yang telah direbus selama 30 menit dari titik didih kemudian didinginkan dan disimpan pada tempat steril).</li> <li>3. Sarung tangan DTT.</li> <li>4. Kom.</li> <li>5. Nierbekken.</li> <li>6. Alas bokong.</li> <li>7. Pembalut, celana dalam dan kain ibu.</li> </ol> <p><b>B. Persiapan pasien dan lingkungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ucapkan salam dan perkenalan diri.</li> <li>2. Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan.</li> <li>3. Tutup tirai.</li> <li>4. Atur posisi tidur pasien sesuai dengan kebutuhan.</li> <li>5. Buka pakaian bagian bawah pasien.</li> </ol> <p><b>C. Pelaksanaan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan 6 langkah.</li> <li>2. Letakkan alas bokong.</li> <li>3. Dekatkan alat-alat yang akan digunakan.</li> <li>4. Gunakan sarung tangan.</li> <li>5. Memeriksa keadaan <i>lochea</i> dan luka perineum.</li> <li>6. Ambil kasa sesuai kebutuhan, celupkan pada air DTT kemudian diperas.</li> <li>7. Bersihkan luka perineum dan vagina dari bagian luar ke bagian dalam yang kotor. Kasa dipakai untuk 1x usap. Lakukan 3x atau sesuai kebutuhan.</li> <li>8. Buang kasa kotor ke dalam nierbekken.</li> <li>9. Mengeringkan perineum dengan kasa steril.</li> <li>10. Ganti pembalut dan pakaikan celana dalam dan kain setelah dilakukan perawatan luka perineum.</li> <li>11. Kaji respon pasien setelah dilakukan tindakan.</li> <li>12. Rapihkan kembali pasien pada posisi yang nyaman.</li> <li>13. Peralatan dibersihkan dan disimpan ketempat semula, pisahkan alat yang digunakan sekali pakai dengan alat yang harus disterilkan.</li> <li>14. Rapihkan alas bokong dengan cara digulung.</li> <li>15. Cuci tangan petugas setelah melakukan tindakan.</li> <li>16. Menganjurkan pasien untuk sering mengganti pembalut yakni minimal 3-4 jam sekali.</li> <li>17. Memberitahukan cara melakukan perawatan perineum yakni dengan cara cebok bersih dan kering serta menggunakan air suhu normal.</li> <li>18. Ucapkan terima kasih kepada pasien atas kerjasamanya.</li> <li>19. Ucapkan salam.</li> <li>20. Catat hasil pemeriksaan dan tindakan di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.</li> </ol>

<b>Unit Terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ruang Tulip</li><li>2. Ruang Aster</li><li>3. Ruang Anggrek</li><li>4. Ponok</li><li>5. Poli Kandungan</li></ol>
<b>Referensi</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. PERMENKES No. 21 Tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi serta Pelayanan Kesehatan Seksual.</li><li>2. Buku Panduan Asuhan Kebidanan Patologi dalam Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Gangguan Reproduksi Tahun 2016.</li></ol>

Lampiran 5: Laporan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Dan BBL



**FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS DAN BBL**

ASUHAN KEPERAWATAN NY. N. PIAA  
 DENGAN RISIKO INFEKSI LUKA PERINEUM  
 PADA IBU POST PARTUM MATURES SPONTAN DI RUANG ASTER  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG  
 TAHUN 2023

**I. PENGKAJIAN**

**A. Identitas Klien**

IDENTITAS	ISTRI	SUAMI
Nama	Ny. N	Tn. H
Umur	25 Tahun	25 Tahun
Suku bangsa	Sunda	Sunda
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMK	SMK
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Djaja Online
No. register	392030	
Tanggal masuk RS	12 April 2023	
Hari / Tanggal pengkajian	Kamis / 13 April 2023	
Waktu / jam pengkajian	13.00 WIB	
Golongan darah	B (+)	B (+)
Diagnosa medis	PiAA Post partus maturus atas indikasi SCB SMK lahir spontan + IGA	
Nomor telepon	08986937085	08977098163
Status perkawinan	Menikah	Menikah
Alamat rumah	Jl. Sentral Utara RT.01/RW.03 Sutapura Kec. Condong	Jl. Sentral Utara RT.01/RW.03 Sutapura Kec. Condong
Alamat kantor		

**B. Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan utama (*here and now*) :  
 Pasien mengatakan sulit buang air kecil dan nyeri pada bagian  
 luka jahit di jalan lahir.

2. Riwayat kesehatan sekarang:

Alinea 1 (kronologis dari awal keluhan sampai sebelum dikaji termasuk keluhan pada saat masuk RS/Puskesmas), alinea 2 (PQRST dari keluhan utama)

Pasien mengatakan 1 hari sebelum masuk RS merasa mual sehingga pasien pergi ke Bidan dan dilakukan induksi, tetapi karena pembukaan tidak kunjung meningkat akhirnya pasien di rujuk ke RSUD Kola Bandung. Pada tanggal 12 April 2023 pukul 01.30 WIB keluar cairan banyak dari jalan lahir disertai lendir darah. Pasien dibawa ke IGD pukul 09.00 WIB dan dilakukan pemasangan infus RL 20gtt/menit. Pasien ditransfer ke ruang Tulip LUKI pukul 10.00 WIB kemudian ada peningkatan pembukaan, pada pukul 20.35 WIB lahirlah seorang bayi laki-laki secara spontan dengan luka episiotomi medial atas insersi bayi besar (LGA).

Saat dikaji pasien mengatakan sulit buang air kecil, saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit. Pasien mengeluh berkemih dengan cara mengejan, keluhan dirasakan sejak malam hari setelah persalinan. Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka saat berkemih dan bergerak, tetapi nyeri yang dirasakan tidak begitu hebat, skala nyeri 3 (1-10). Hasil observasi kandung kemih teraba penuh dan keras, TTV: TO: 118/76 mmHg, N: 82 x/menit, R: 18 x/menit, S: 36,5°C. Pasien tampak tenang pada saat bergerak, pasien tampak gelisah.

3. Riwayat kesehatan dahulu:

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi, gula, jantung dan pasien tidak pernah dirawat di Rumah Sakit, pasien tidak ada alergi obat-obatan tertentu.

4. Riwayat kesehatan keluarga (fokus pada penyakit genetik & menular):

Pasien mengatakan keluarganya sehat, tidak ada yang menderita penyakit menular, seperti tekanan darah tinggi, gula dan jantung. Pasien juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular, seperti TBC, hepatitis dan penyakit menular seksual.

5. Riwayat kesehatan ginekologi dan obstetri.

a. Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi / haid

- Menarche : 14 Tahun
- Siklus haid : Teratur 24 hari (5 hari)
- Keluhan selama haid : Dismenore

2) Riwayat perkawinan

Status pernikahan : Menikah

	ISTRI	SUAMI
Umur waktu menikah	14 Tahun	14 Tahun
Lama pernikahan	1 Tahun	1 Tahun
Pernikahan yang ke	1	1

3) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

- Jenis kontrasepsi yang digunakan :  
Pakai belum pernah menggunakan kontrasepsi
- Lamanya :  
-
- Alasan dilepas :  
-
- Dukungan keluarga :  
Keluarga mendukung apapun keputusan pasien
- Rencana kontrasepsi sesudah melahirkan :  
IUD

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Kehamilan				Persalinan			Nifas		
	Tahun	Umuur	ANC (kali)/ tempat	Penyulit	Jenis	Tempat/ penolong	Penyulit	L/P, H/M, BB	Laktasi	Penyulit

2) Riwayat kehamilan sekarang

- P: ...1..., A: ...0.....
- HPHT : 02 Juli 2022
- Taksiran persalinan : 09 April 2023
- Tanggal persalinan : 12 April 2023
- Siklus haid : Teratur 29 hari (5hari)
- Tanda bahaya atau penyulit : Tidak ada
- ANC di: Bidan dan puskesmas
- Frekuensi : 11 kali
- Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) : Tablet Fe, Kalsium
- Imunisasi TT 1: sudah
- TT2 : sudah
- Kekhawatiran khusus :  
Tidak ada
- Respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran :  
Keluarga dan pasien merasa bahagia dan bersyukur
- Komplikasi kehamilan:
- Perdarahan : Tidak ada
- Preeklampsia : Tidak ada
- Eklampsia : Tidak ada



- PMS : Tidak
- Lain-lain sebutkan :

3) Riwayat persalinan

- Jenis persalinan: - Spontan:  , Buatan VE/FE/SC : , Anjuran: Episiotomi medial atas indikasi LGA
- Masa gestasi: 40 - 41 minggu , Penolong persalinan: Bidan
- Lama persalinan: Kala I: Tidak tertaji , Kala II: 20 menit Kala III: 5 menit Kala IV: Tidak tertaji
- Keadaan ketuban: Warna: Jernih , Jumlah: Tidak tertaji
- Keadaan plasenta: Berat: 2500 gr , Diameter: Tidak tertaji Cotyledon: Tidak tertaji
- Komplikasi persalinan: Tidak , Trauma persalinan: Tidak

C. Pola Aktivitas Sehari-hari

Jenis	Sebelum	Sekarang
<b>Makan</b> - Frekuensi - Jenis - Porsi - Keluhan - Makanan yang dipantang, alasan - Alergi - Suplemen	<u>3x / hari</u> <u>Nasi, daging, sayur</u> <u>1 porsi habis</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u>	<u>3x / hari</u> <u>Nasi tim, telur, sayur</u> <u>1 porsi habis</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u>
<b>Minum</b> - Jenis - Jumlah	<u>Air mineral, teh susu</u> <u>1-300 ml</u>	<u>Air mineral, susu</u> <u>1-300 ml</u>
<b>Eliminasi</b> - BAB: frekuensi, warna, konsistensi - BAK: Frekuensi, warna, bau	<u>1x/hari, kuning, lembek</u> <u>5x/hari, kuning, amonia</u>	<u>1x/hari, kuning, lembek</u> <u>Pasien tidak dapat BAK (Retensio</u> <u>urini) terpaksa kateter, pengaliran</u> <u>1700 ml.</u>
<b>Istirahat dan Tidur</b> - Malam - Siang - Keluhan - Yang mempermudah tidur - Yang mempermudah bangun	<u>22.00 - 05.00 WIB</u> <u>13.00 - 15.00 WIB</u> <u>Tidak ada</u> <u>Lampu dimatikan</u> <u>Tidak ada</u>	<u>22.00 - 04.00 WIB</u> <u>11.00 - 13.00 WIB</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u> <u>Tidak ada</u>
<b>Personal hygiene</b> - Mandi - Ganti pakaian dalam - Jenis pakaian - Perawatan gigi - Perawatan payudara - Vulva hygiene	<u>2x / hari</u> <u>2x / hari</u> <u>kaos, daster</u> <u>2x / hari</u> <u>Pada saat mandi</u> <u>pada saat mandi</u>	<u>1x / hari</u> <u>1x / hari</u> <u>daster, sarung</u> <u>1x / hari</u> <u>belum dilakukan</u> <u>1x / hari</u>
<b>Pola aktivitas / kebiasaan hidup</b> - Pengetahuan hub sek pasca melahirkan	<u>Pasien mengetahui</u>	<u>40 hari setelah</u> <u>melahirkan</u>

- Keluhan	...Tidak ada.....	Pasien sulit bergerak
- Kebiasaan merokok	...Tidak.....	Tidak
- Beban pekerjaan	...Tidak ada.....	Tidak ada
- Adat istiadat	...Tidak ada.....	Tidak ada
- Minum beralkohol	...Tidak.....	Tidak

#### D. Pemeriksaan Fisik

##### 1. Ibu

1.	Keadaan Umum Kesadaran: Compos Mentis (conscious) ..... <input checked="" type="checkbox"/> ..... Apatis.....Delirium.....Somnolen (Obtundasi, Letargi).....Stupor (Soporo koma) .....Coma (Comatode).....									
2.	Tanda-tanda vital TD: ...110/70...mmHg N: ...82...x/mnt R: ...18...x/mnt S: ...36.5...°C									
3.	Antropometri TB: ...160...cm BB sekarang: ...90...Kg BB sebelum hamil: ...82...Kg IMT: $90/1,6^2 = 35,1$ ... (Obes...)									
4.	Kepala Rambut: <u>pelebaran merata, tebal, lembab</u> tidak ada nyeri tekan - Cloasma gravidarum: <u>Tidak ada</u> Mata: - Penglihatan : <u>pasien dapat membaca papan nama perawat</u> - Konjunctiva: <u>merah muda</u> - Kelopak mata : <u>tidak ada edema</u> - Sclera : <u>putih susu</u> - Gerakan bola mata: <u>dapat mengikuti gerakan ujung jari perawat</u> - Reaksi pupil terhadap cahaya: <u>pupil mengecil saat terkena cahaya</u> Telinga: - Kebersihan: <u>bersih</u> - Fungsi pendengaran: <u>pasien mampu merespon suara perawat</u> Hidung: - Kebersihan: <u>bersih</u> - Fungsi penciuman: <u>baik</u> Mulut: - Bibir: <u>lembab, tidak ada lecet</u> - Gusi: <u>merah muda, tidak ada lesi</u> - Gigi caries: <u>Tidak ada</u> - Gigi berlubang: <u>tidak ada</u> - Gigi ompong: <u>Tidak ada</u> - Gigi palsu: <u>Tidak ada</u> Leher: - Pembesaran kelenjar tiroid: <u>Tidak ada</u> - Pembesaran kelenjar getah bening: <u>Tidak ada</u>									
5.	Dada: - Pergerakan nafas: <u>simetris</u> - Bunyi nafas: <u>vesikuler</u> - Bunyi jantung: <u>teratur <math>\times</math> 1 up, kadup</u> - Irama Jantung: <u>Reguler</u> Payudara: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bentuk</td> <td>Bulat tegang</td> <td>Bulat tegang</td> </tr> <tr> <td>Puting susu</td> <td>Menonjol keluar</td> <td>Menonjol keluar</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Kanan	Kiri	Bentuk	Bulat tegang	Bulat tegang	Puting susu	Menonjol keluar	Menonjol keluar
Indikator	Kanan	Kiri								
Bentuk	Bulat tegang	Bulat tegang								
Puting susu	Menonjol keluar	Menonjol keluar								

	Areola	Berwarna coklat	Berwarna coklat																																				
	Benjolan	Tidak ada	Tidak ada																																				
	Kolostrum	Ada	Ada																																				
	Kebersihan	Bersih	Bersih																																				
6	<p>Perut: - Luka bekas operasi (luka perineum episiotomi) - Panjang: ..... cm</p> <p>- Keadaan luka : Tidak ada ..... - Luka parut: Tidak ada</p> <p>- Striae: Tidak ada (berwarna biru) ..... - Penurunan TFU: 1 jari dibawah pusal</p> <p>- Posisi uterus: dibawah pusal ..... - Kontraksi uterus: Keras</p> <p>- Diastasis rektus abdominis: lebar 2 jari, panjang 9 cm</p> <p>- REEDA (redness, edema, ecchymosis, drainage, approximation): -</p>																																						
7	<p>Ekstremitas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ekstremitas atas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bentuk</td> <td>Simetris</td> <td>Simetris</td> </tr> <tr> <td>Odema</td> <td>Tidak ada</td> <td>Tidak ada</td> </tr> <tr> <td>Kuku jari</td> <td>pendek, bersih</td> <td>pendek, bersih</td> </tr> <tr> <td>Ekstremitas bawah</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bentuk</td> <td>Simetris</td> <td>Simetris</td> </tr> <tr> <td>Odema</td> <td>Tidak ada</td> <td>Tidak ada</td> </tr> <tr> <td>Kuku jari</td> <td>pendek, bersih</td> <td>pendek, bersih</td> </tr> <tr> <td>Varices</td> <td>Tidak ada</td> <td>Tidak ada</td> </tr> <tr> <td>Refleks patela</td> <td>(+)</td> <td>(+)</td> </tr> <tr> <td>Hommans sign</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> </tr> </tbody> </table>			Indikator	Kanan	Kiri	Ekstremitas atas			Bentuk	Simetris	Simetris	Odema	Tidak ada	Tidak ada	Kuku jari	pendek, bersih	pendek, bersih	Ekstremitas bawah			Bentuk	Simetris	Simetris	Odema	Tidak ada	Tidak ada	Kuku jari	pendek, bersih	pendek, bersih	Varices	Tidak ada	Tidak ada	Refleks patela	(+)	(+)	Hommans sign	(-)	(-)
Indikator	Kanan	Kiri																																					
Ekstremitas atas																																							
Bentuk	Simetris	Simetris																																					
Odema	Tidak ada	Tidak ada																																					
Kuku jari	pendek, bersih	pendek, bersih																																					
Ekstremitas bawah																																							
Bentuk	Simetris	Simetris																																					
Odema	Tidak ada	Tidak ada																																					
Kuku jari	pendek, bersih	pendek, bersih																																					
Varices	Tidak ada	Tidak ada																																					
Refleks patela	(+)	(+)																																					
Hommans sign	(-)	(-)																																					
8	<p>Genitalia</p> <p>- Vulva/Vagina: Vulva tertutup, tampak kotor, terpasang kateter</p> <p>- Lochea (jenis, bau, warna, jumlah): lochea rubra, berbau khas, berwarna merah, jumlah 1/2 sdm pembalut tampak penuh dan belum diganti selama 7 jam</p> <p>- Perineum: Terdapat luka episiotomi medial, jahit selujur 5, luka masih basah. Penilaian REEDA 6 + 4 artinya penyembuhan luka buruk</p> <p>- Anus: Tidak terdapat hemoroid</p>																																						
9	<p>Data Psikologis</p> <p>- Status emosi: emosi ibu stabil, ibu berada pada fase lating in</p>																																						

- Pola Koping:  
Pasien selalu berdiskusi bersama suami dan keluarganya.
- Pola Komunikasi:  
Pasien dapat berkomunikasi dengan baik menggunakan b.Indonesia.
- Konsep diri - Gambaran diri:  
Pasien mengatakan menerima kondisinya yang harus memakai kateter.
  - Peran diri:  
Pasien sebagai istri dan ibu dari seorang anak.
  - Ideal diri:  
Pasien mengatakan ingin cepat pulih agar dapat merawat anaknya dengan baik.
  - Identitas diri:  
Pasien seorang ibu rumah tangga.
  - Harga diri:  
Pasien merasa puas menjadi seorang ibu bagi anak pertamanya.

**1** Data Sosial

**0** Dengan keluarga dan tetangga:  
Hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga sangat baik.

Dengan tenaga kesehatan: Pasien dapat berkolaborasi dengan bidan, perawat dan dokter.

Dengan sesama pasien:  
Pasien senang berkomunikasi dan menyapa pasien lain.

**1** Data Spiritual

**1** - Keyakinan dan makna hidup:  
Pasien yakin akan segera pulih dan bersyukur atas kehidupannya saat ini.

- Autoritas dan pembimbing:  
Dalam keagamaan pasien dibimbing oleh suami.

- Pengalaman dan emosi:  
Pasien mengatakan baru pertama kali melahirkan secara spontan.

- Persahabatan dan Komunitas:  
Pasien selalu berhubungan baik dengan lingkungan sekitar.

- Ritual dan ibadah:  
Pasien selalu shalat 5 waktu.

- Dorongan dan pertumbuhan:  
Pasien beribadah karena percaya akan adanya tuhan dan ajaran agama Islam.

**1** Data Penunjang Ny.4 12-04-2023  
09:53

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
<b>HEMATOLOGI</b>			
Hematologi Lengkap			
Hemoglobin	11.8	g/dL	11.7 - 15.5
Hematokrit	L 34.7	%	35.0 - 47.0
Eritrosit	4.02	10 <sup>6</sup> /μL	3.8 - 5.2
MCV	86.3	fL	80 - 100

MCH	L 29.4	pg/cell	32-36
MCHC	34.0	g/dL	26-34
Leukosit	H 13.51	$10^3/\mu\text{L}$	3.6-11.0
Trombosit	314	$10^3/\mu\text{L}$	150-410
IPF	1.6	%	0.8-6.2
Hitung jenis Leukosit			
Basofil	0.1	%	0-1
Eosinofil	10.4	%	2-4
Neutrofil	H 77.9	%	40.0-71.0
Limfosit	L 15.5	%	25-40
Monosit	6.6	%	2-8
Total Basofil	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.01-0.09
Total Eosinofil	0.05	$10^3/\mu\text{L}$	0.01-0.40
Total Neutrofil	H 10.45	$10^3/\mu\text{L}$	2.10-9.89
Total Limfosit	2.10	$10^3/\mu\text{L}$	1.26-3.35
Total Monosit	0.89	$10^3/\mu\text{L}$	0.29-0.95
Neutrofil Limfosit Ratio	4.98		
KIMIA			
Glukosa Rapid	72		

1 Data Therapi 2. Therapi farmakologi

Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
Cefadroxil	2x 500 mg	Oral	Antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri
Paracetamol	3x 500 mg	Oral	Analgesik untuk meredakan sakit kepala, nyeri ringan hingga sedang, demam
SF	1x1 mg	Oral	Suplemen zat besi untuk mengobati atau mencegah kekurangan kadar zat besi dalam darah.
Laxodyn Syrup	2x1 mg	Oral	obat untuk mengatasi susah buang air besar (konstipasi).
Ethigobal	3x500 mg	Oral	Mengatasi nyeri akibat kerusakan Saraf dan anemia megaloblastik.
Urotractin	3x400 mg	Oral	obat untuk mengurangi gejala infeksi saluran kemih.
Misoprostol	2 x 1 tab	Oral	obat untuk mengurangi ulkus peptikum dan mengurangi perdarahan postpartum.

## 2. Data Bayi

1.	<b>Identitas Bayi</b> - Nama bayi: ..... - Jenis kelamin: <u>Laki-laki</u> - Tanggal Lahir / Jam Lahir: <u>12 April 2023 / 20.35 WIB</u> - No Registrasi: <u>772030</u> - Berat Badan (BB)/Panjang Badan (PB): <u>3810g / 52 cm</u> - Hari/tanggal pengkajian: <u>13 April 2023</u>																					
2.	<b>APGAR SKORE</b> <table border="1" data-bbox="419 712 1307 947"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>1 menit</th> <th>5 menit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Appearance (colour = warna kulit)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pulse (heart rate = denyut nadi)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Grimace (refleks terhadap rangsangan)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Activity (tonus otot)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Respiration (usaha bernafas)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jumlah</td> <td>8</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	1 menit	5 menit	Appearance (colour = warna kulit)	1	2	Pulse (heart rate = denyut nadi)	2	2	Grimace (refleks terhadap rangsangan)	2	2	Activity (tonus otot)	1	2	Respiration (usaha bernafas)	2	2	Jumlah	8	10
Kriteria	1 menit	5 menit																				
Appearance (colour = warna kulit)	1	2																				
Pulse (heart rate = denyut nadi)	2	2																				
Grimace (refleks terhadap rangsangan)	2	2																				
Activity (tonus otot)	1	2																				
Respiration (usaha bernafas)	2	2																				
Jumlah	8	10																				
3.	<b>Pemeriksaan Fisik</b> Kesadaran <u>(Menangis)</u> / Tidur <u>nyenyak</u> / Tidur dengan gerakan mata yang tepat ( <i>REM, rapid eye movement</i> ) <u>(Aktif – Sadar)</u> Tenang – Sadar / <i>Transisional</i> Tanda-tanda vital HR: ..... - Suhu: <u>36.5</u> °C Nadi: <u>44</u> x/mnt Pernafasan: <u>30</u> x/mnt Tekanan Darah: ..... mmHg <b>Karakteristik Khusus Neonatus</b> - Kepala: <u>bayi normal</u> ..... dari panjang tubuh keseluruhan - Lingkar kepala: <u>34</u> cm, Molding: <u>sedikit menonjol</u> Fontanel anterior: <u>2.5</u> cm Fontanel posterior: <u>0.5</u> cm. - Kulit: <u>kemerahan</u> , Vernik kaseosa: <u>ada</u> , Milia: <u>tidak ada</u> , Lanugo: <u>tidak ada</u> , tampak <u>lembut, tipis, dan halus</u> . Eritema toksikum: <u>tidak ada</u> , Bercak mongolia: <u>tidak ada</u> , Tanda lahir (Nevi): <u>tidak ada</u> Iktik: <u>tidak ada</u> - Rambut: <u>hitam, halus, bersih</u> , bulu mata: <u>lentik ke atas</u> , Alis: <u>hitam, simetris, distribusi merata</u> - Kuku jari: <u>lengkap (10), bersih, kuku panjang</u> .																					
4.	<b>Payudara</b> - Bayi laki-laki: <u>simetris, terdapat areola berwarna coklat, terdapat puting susu</u> - Bayi perempuan: .....																					
5.	<b>Genitalia</b> - Bayi laki-laki: <u>panjang penis 3 cm, lebar 1 cm, testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya</u> - Bayi perempuan: .....																					
6.	<b>Reflek normal pada bayi lahir</b> Refleks pelindung: ..... Refleks makan: .....																					

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moro: ⊕</li> <li>- Tonus leher: ⊕</li> <li>- Menggengam: ⊕</li> <li>- Mata berkedip: ⊕</li> <li>- Menangis: ⊕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menghisap: ⊕ kuat</li> <li>- Rooting: ⊕</li> <li>- Menelan: ⊕</li> <li>- Gag: ⊕</li> </ul>
<b>Refleks bernafas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakan pernafasan: ⊕</li> <li>- Bersin: ⊕</li> <li>- Batuk: Tidak tertaji</li> </ul>	<b>Indera Khusus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentuhan, rasa sakit, tekanan: ⊕</li> <li>- Penciuman: ⊕</li> <li>- Pengecapan: ⊕</li> <li>- Pendengaran: ⊕</li> <li>- Penglihatan: ⊕</li> </ul>

#### E. Analisa Data

No.	Data	Kemungkinan penyebab	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan ada luka jahitan pada jalan lahir.</li> <li>- Pasien mengatakan belum ganti pembalut selama 7 jam.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka episiotomi medial.</li> <li>- Tampak jahit lurus 5</li> <li>- Gejala tumpat kotor</li> <li>- Tampak pengeluaran lempu merah, berbau khal, jumlah 150 ml</li> <li>- luka masih basah</li> <li>- Ada nyeri tekan pada luka</li> <li>- Penilaian REEDA 6 yang artinya penyembuhan luka buruk.</li> <li>R: terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm</li> </ul>	<p>Post partum spontan</p> <p>↓</p> <p>Perubahan Fisiologi</p> <p>↓</p> <p>Vagina dan perineum</p> <p>↓</p> <p>personal hygiene kurang baik</p> <p>↓</p> <p>Gejala Kotor</p> <p>↓</p> <p>Risiko Infeksi</p>	Risiko Infeksi (0.0192)

- pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan luka.
- Pasien mengatakan belum mengetahui nutrisi yang dapat mempercepat penyembuhan luka.

	<p>pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1.</p> <p>E: Terdapat pembengkakan pada perineum dan atau vulva antara 1-2 cm dari laserasi dengan nilai 2.</p> <p>E: Tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0</p> <p>D: Terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1.</p> <p>A: Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2.</p> <p>- TTV: TD: 118/76 mmHg, R: 18x/menit, M: 82x/menit, S: 36.5°C.</p>		
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sulit buang air kecil.</li> <li>- pasien mengatakan saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit.</li> <li>- pasien mengeluh berkemih dengan cara mengejan.</li> <li>- Keluhan yang dirasakan pasien sejak malam hari telah persalinan ± 11 jam.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak gelisah</li> <li>- pasien terpasang kateter dengan pengeluaran urin 1700 ml.</li> <li>- kandung kemih teraba penuh.</li> </ul>	<p>Post partum spontan</p> <p>↓</p> <p>Perubahan fisiologi</p> <p>↓</p> <p>vagina dan perineum</p> <p>↓</p> <p>Episiotomi</p> <p>↓</p> <p>Udem perineal</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi pada uretra</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan saraf simpatis</p> <p>↓</p> <p>Relaksasi otot sfingter internal menurun</p> <p>↓</p> <p>Retensi Urin</p>	<p>Retensi Urin (D.0050)</p>



3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan di jalan lahir saat berkemih dan bergerak.</li> <li>- Pasien mengatakan rasa nyeri seperti tersayat herda 1 jam tetapi lidat begitu hebat.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempat luka episiotomi medial.</li> <li>- Pasien tampak menngil saat bergerak dan gelisah.</li> <li>- Skala nyeri 3 (1-10)</li> <li>- TTV : Td : 112/76 mmHg, R : 12 x /menit, N : 82 x /menit, s : 36,5°C.</li> </ul>	<p>post partum spontan ↓ vagina dan perineum ↓ Episiotomi ↓ Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut (0.0077)</p>
----	---	--	--------------------------------

## II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- (D.0142) Risiko infeksi ditandai dengan pasien mengatakan ada luka jahitan pada jalan lahir, pasien mengatakan belum mengganti pembalut ± selama 7 jam, tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur ± 5, genitalia tampak kotor, tampak pengeluaran lochea rubra, berbau khas, jumlah ± 150 ml, luka masih basah, ada nyeri tekan pada bagian luka. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk (R: terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1, E: terdapat pembengkakan pada perineum dan atau vulva antara 1-2 cm dari laserasi dengan nilai 2, E: tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0, D: terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1, A: terdapat jarat antara kulit dan remak subcutan pada bagian luka dengan nilai 2). TTV: TD: 112/76 mmHg, R: 12 x /menit, N: 82 x /menit, s: 36,5°C.
- (D.0050) Retensi Urin berhubungan dengan disfungsi anatomi ditandai dengan pasien mengatakan sulit buang air kecil, saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit. sedikit, pasien mengeluh berkemih dengan cara mengedan. pasien pasien sulit BAK ± 4 jam setelah persalinan, kandung kemih terasa penuh dan keras, pasien tampak gelisah, pasien terpatang kateter dengan pengeluaran ± 1.700 ml.
- (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahit di jalan lahir saat berkemih dan bergerak, skala nyeri 3 (1-10), tampak luka episiotomi medial, pasien tampak menngil saat bergerak dan gelisah.

### III. PERENCANAAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	(0.0142) Risiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.09097)</p> <p>1). Tidak ada tanda-tanda infeksi (demam, nyeri, kemerahan dan bengkak).</p> <p>2). kadar sel darah putih kembali normal.</p>	<p>Prevensi Infeksi (L.14539)</p> <p>1. Monitor TTV</p> <p>2. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien bersuhu tinggi.</p> <p>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</p> <p>6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama tinggi protein.</p> <p>Perawatan Perineum (L.07225)</p> <p>8. Inspeksi insisi atau robekan perineum</p> <p>9. Fasilitas dalam memelihara perineum</p> <p>10. Pertahankan perineum tetap kering</p>	<p>1. Mengetahui keadaan umum.</p> <p>2. Mengetahui tanda &amp; gejala infeksi</p> <p>3. Mencegah penyebaran mikroorganisme.</p> <p>4. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka perineum.</p> <p>5. Mengetahui tanda &amp; gejala infeksi</p> <p>6. Mencegah penyebaran mikroorganisme.</p> <p>7. Dapat mempercepat penyembuhan luka.</p>
	<p>15. Bentuk obat sesuai advice dokter (cefadroxil 2x500 mg via oral, laxadyn sirup 2x1 mg via oral).</p>	<p>15. Cefadroxil: antibiotik untuk mengatasi bakteri infeksi bakteri (laxadyn: merkasi sudah kuat air besar lebih tipai)</p>	<p>11. Bentuk posisi nyaman</p> <p>12. Bersihkan area perineum secara teratur</p> <p>13. Bentuk pembalut yang menyerap cairan</p> <p>14. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka perineum</p>	<p>8. Mengetahui bagaimana keadaan luka.</p> <p>9. Memudahkan pasien dalam memelihara perineum</p> <p>10. Perineum yang lembab dapat menghambat pertumbuhan bakteri</p> <p>11. Posisi yang nyaman dapat memelihara kenyamanan.</p> <p>12. Mencegah terjadinya infeksi.</p> <p>13. Menjaga perineum agar tetap kering</p> <p>14. Menambah pengetahuan dalam merawat luka perineum.</p>

2.	(D.0050) Retensi Urin	<p>Setelah ditakutkan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil (L.04024):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sensasi berkemih meningkat</li> <li>2) Bulensi kandung kemih menurun.</li> <li>3) Volume residu menurun.</li> </ol>	<p>Perawatan kateter Urin (L.09104).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tahanan kateter urin</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih.</li> <li>3. Monitor kebocoran kateter, selang dan kantung urin.</li> <li>4. Monitor input dan output cairan</li> <li>5. Gunakan teknik aseptik selama perawatan kateter</li> <li>6. Pastikan kantung urin diletakkan di bawah ketinggian kandung kemih dan tidak ditantai.</li> <li>7. Tolongkan kantung urin jika kantung urin lensi penuh</li> <li>8. Jaga privasi selama melakukan tindakan</li> <li>9. Lakukan bladder training</li> <li>10. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan risiko sebelum pemasangan kateter.</li> <li>11. Memberikan health promotion mengenai infeksi saluran kemih dan kegel exercise</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah terjadinya kebocoran.</li> <li>2. Mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>3. Mencegah terjadinya kebocoran kateter.</li> <li>4. Mengetahui dan menganalisis keluar masuk cairan.</li> <li>5. Mencegah penyebaran infeksi.</li> <li>6. Mencegah terjadinya sumbatan aliran pada selang kateter.</li> <li>7. Mencegah urin lensi penuh.</li> <li>8. Mempertahankan privasi pasien</li> <li>9. Mengendalikan fungsi kandung kemih</li> <li>10. Menambah pengetahuan pasien.</li> <li>11. Menambah pengetahuan pasien serta meningkatkan kekuatan otot panggul dan mempertahankan pengeluaran urin.</li> </ol>
3.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah ditakutkan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. dengan kriteria hasil (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pasien mengatakan keluhan nyeri menurun</li> <li>2) keluhan nyeri menghilang</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (L.08228)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri.</li> <li>4. Monitor TTV</li> <li>5. Berikan teknik non</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</li> <li>2. Mengetahui tingkat cedera yang dirasakan pasien.</li> <li>3. Mengurangi faktor yang dapat memperparah nyeri.</li> <li>4. Mengetahui tanda dan umum pasien</li> <li>5. Teknik non</li> </ol>

		<p>3) pasien me nunjukan sikap proaktif menu run.</p> <p>4) pasien tam pat tidat gelisah.</p>	<p>farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Fasilitasi istirahat tidur.</p> <p>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>8. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>9. Berikan obat sesuai advice dokter (para cetamol 3x500 mg, Ethigobal 2x500mg, dan sp 1x1 rute oral)</p>	<p>farmakologi dapat mengurangi nyeri</p> <p>6. kebutuhan tidur pasien dapat terpenuhi.</p> <p>7. pasien dapat mengetahui penyebab nyeri</p> <p>8. Teknik non farmakologi dapat mengurangi nyeri</p> <p>9. PCT: Analgesik untuk meredakan nyeri kepala, nyeri ringan hingga sedang &amp; meredakan demam</p> <p>ethigobal: mengatasi nyeri akibat kerusakan saraf</p> <p>sp: mencegah kurangan zat besi dalam darah</p>
--	--	---	--	---

#### IV. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	
1.	<p>Kamis 13 April 2023 09.30 s/d 09.55 WIB</p>	2	2.8	<p>Menjaga privasi pasien selama melakukan tindakan.</p> <p>E/ Sampiran tertutup</p>	<i>mg</i>
2.			2.10	<p>Menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan risiko sebelum pemasangan kateter</p> <p>E/ pasien dan keluarga dapat memahami penjelasan perawat, pasien bersedia untuk dilakukan tindakan kateter.</p>	<i>mg</i>
3.			2.5	<p>Menggunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urin dan pemasangan kateter urin.</p> <p>E/ Perawat mencuci tangan, kateter terpasang dengan pengeluaran ± 1700 ml</p>	<i>mg</i>
4.			2.6	<p>Memastikan kantong urin diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidat di lantai.</p>	<i>mg</i>

				E/ Urine bag terpasang di sisi bed pasien.	
5.			2.1, 2.3	Memonitor kepatenan kateter urin selang dan kantung urin E/ Urin dapat keluar dengan lancar tidak terdapat kebocoran pada ko teler.	Prof
6.			2.4	Memonitor intake dan output cairan E/ pasien mengatakan tadi malam minum sekitar 4 gelas dan pasien tidak dapat bertemih. Setelah ter pasang kateter tampak pengeluaran urin ± 1700 ml. IWL : $15 \times 88 : 24 \text{ jam}$ $: 15 \times 90 : 24 = 56,3 \text{ cc/jam}$ Balam 24 jam = $56,3 \times 24 = 1.351 \text{ cc}$ Intake = minuman infus + makanan + hasil oksidasi = $960 \text{ cc} + 1500 \text{ cc} + 500 \text{ cc} + 300 \text{ cc}$ = $3.260 \text{ cc}$ Output = urin + lokeka + iwl = $1700 \text{ cc} + 150 \text{ cc} + 1.351 \text{ cc}$ = $3.201 \text{ cc}$ Balance cairan = Input - output = $3.260 \text{ cc} - 3.201 \text{ cc} = 59 \text{ ml}$	Prof
7.			2.7	Mengosongkan kantung urin E/ urin ± 1500 ml dikosongkan.	Prof
8.	10.00 WIB	1	1.4	Mempertahankan teknik aseptik E/ perawat sudah mencuci tangan dan menggunakan handisoon.	Prof
9.	10.05 WIB		1.8	Menginspeksi insisi perineum E/ rampat luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur ± 5, genitalia tampak kotor, tampak pengeluaran lokeka kuba, berbau khas. Jumlah ± 150 ml, luka masih basah, ada nyeri tekan pada luka. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk. LR: terdapat keme rahan kurang dari 0,25 cm pada bedu a sisi laserasi dengan nilai 1. E: terdapat pembengkakan pd perineum dan area vulva antara 1-2 cm dari laserasi dengan nilai 2. E: tidak terdapat ber cat perdarahan dengan nilai 0. D: ter dapat pengeluaran serum nilai 1. A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutis pada bagian luka nilai 2.	Prof
10.	10.10 WIB		1.12, 1.13	Membersihkan area perineum dan mem bentuk pembalut yang menyerap cairan E/ Perineum sudah dibersihkan, pembalut 22 cm terpasang.	Prof
4.	10.20 WIB		1.5	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. E/ Pasien paham dgn penjelasan perawat	Prof

12.	10.30 WIB		3.3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. E/Perawat mencuci tangan menggunakan sabun	<i>Dnf</i>
13.	13.00 WIB	3	3.4	Memonitor TTV pasien E/TO: 118/76 mmHg, R: 17x/menit, N: 82x/menit, S: 36,5°C	<i>Dnf</i>
14.	13.05 WIB		3.1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri E/Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka saat bergerak dan berkemih, pasien tampak menangis saat bergerak & gelisah	<i>Dnf</i>
15.			3.2	Mengidentifikasi skala nyeri E/pasien mengatakan nyeri tidak begitu hebat, skala nyeri 3 (1-10)	<i>Dnf</i>
16.			3.8	Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam dan mobilisasi dini untuk mengurangi nyeri). E/Pasien kooperatif, pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 2 (1-10), posisi pasien duduk.	<i>Dnf</i>
17.			2.3	2.12 3.9	Membentok obat sesuai advice dokter. E/Urotractin 3x400 mg rute oral, Ethigobal 3x500 mg rute oral, PCT 3x500 mg rute oral di bentok

#### V. EVALUASI SUMATIF (CATATAN PERKEMBANGAN)

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
Jumat 14-04-2023 11.00 WIB	2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kemih minum 5 gelas tidak penuh, pasien mengatakan jam 7 pagi minum sebanyak 2 gelas. Urin pagi hari ± 1.200 ml.</li> <li>- Pasien mengatakan hari ini sudah diperbantok kateter tetapi masih harus menggunakan kateter.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pengeluaran urin pada putul 11.00 WIB ± 500 ml.</li> <li>- Tampak terpasang infus RL 20 lpm.</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor kepatenan kateter urin</li> <li>2.2 Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih.</li> <li>2.3 Monitor kebocoran kateter, selang infus dan kantong urin</li> <li>2.4 Monitor intake dan output cairan</li> </ul>	<i>Dnf</i>

		<p>2.5 Gunakan teknik aseptic selama perawatan.</p> <p>2.6 Pastikan kantong urin diletakkan di bawah ketinggian.</p> <p>2.7 Keluarkan kantong urin jika kantong urin telah penuh setengahnya.</p> <p>I :</p> <p>2.1 Memonitor kepatenan kateter urin</p> <p>2.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih.</p> <p>2.3 Memonitor kebocoran kateter, selang infus dan kantong urin.</p> <p>2.4 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>2.5 Menggunakan teknik aseptik selama perawatan.</p> <p>2.6 Memastikan kantong urin diletakkan di bawah.</p> <p>2.7 Mengosongkan kantong urin jika kantong urin telah penuh setengahnya.</p> <p>E :</p> <p>2.1 Urin tampak keluar dengan lancar dan tidak ada sumbatan pada selang</p> <p>2.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih dibuktikan dengan warna urin kuning bercampur lechus, tidak terdapat nyeri panggul.</p> <p>2.3 Tidak terdapat kebocoran kateter, selang infus dan urine bag.</p> <p>2.4 Hasil perhitungan :</p> <p><math>IWL = 15 \times BB = 24 \text{ jam}</math></p> <p><math>= 15 \times 90 : 24 = 1.351 \text{ cc}</math></p> <p>Intake = minuman + infus + makanan + hasil oksidasi.</p> <p><math>= 1.100 \text{ cc} + 1.500 \text{ cc} + 500 \text{ cc} + 300 \text{ cc}</math></p> <p><math>= 3.400 \text{ cc}</math></p> <p>Output = urin + lechus + IWL</p> <p><math>= 1700 \text{ cc} + 130 \text{ cc} + 1.351 \text{ cc}</math></p> <p><math>= 3.201 \text{ cc}</math></p> <p>Balance cairan = input - output</p> <p><math>= 3400 \text{ cc} - 3.201 \text{ cc}</math></p> <p><math>= 1199 \text{ ml}</math>.</p> <p>2.5 Perawat mencuci tangan dan menggunakan handsecon ketika membuang urin dan membersihkan selang kateter.</p> <p>2.6 Urine bag tampak sudah diletakkan dibawah ketinggian yaitu digantung disamping bed pasien.</p> <p>2.7 Urin 500 ml dikosongkan</p> <p>R : Intervensi dilanjutkan.</p>	
<p>Jum'at 14-04-2023 12.00 WIB</p>	<p>3</p>	<p>S: pasien mengatakan masih merasa nyeri pada bagian lutut.</p>	<p>Dng</p>


		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- skala nyeri masih sama seperti kemarin yaitu 2 (1-10).</li> <li>- pasien tampak menngit pada saat bergerak dan gelisah.</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi dan intensitas nyeri.</li> <li>3.2 Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> <li>3.5 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi napas dalam dan mobilisasi dini.</li> <li>3.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> </ul> <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi nyeri</li> <li>3.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>3.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> <li>3.5 Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>3.7 Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> </ul> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan, nyeri dirasa seperti di jayat benda tajam, nyeri hilang timbul</li> <li>3.2 pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 1 (1-10) setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan belajar berjalan dengan membawa urin bag.</li> <li>3.3 Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika melakukan pergerakan yang terlalu cepat, dan berkurang ketika istirahat.</li> <li>3.5 pasien mengatakan merasa lebih rileks dan mampu berjalan dengan membawa kateter.</li> <li>3.7 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat bahwasanya nyeri yang dirasakan pasien yaitu karena luka jahitan di jalan lahir belum kering dan kurang melakukan pergerakan.</li> </ul>	
--	--	--	--



<p>Jum'at 14.04.2023 11.30 WIB</p>	<p>1</p>	<p>S: pasien mengatakan belum mengganti pembalut selama ± 5 jam.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gejala lampak kotor</li> <li>- Tampak pengeluaran lochea rubra, berbau khas ± 150 ml</li> <li>- Luka masih basah</li> <li>- Ada nyeri tekan pada luka.</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>I.1 Monitor TTV</p> <p>I.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>I.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</p> <p>I.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>I.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum</p> <p>I.12 Bersihkan area perineum secara teratur.</p> <p>I.13 Benkan pembalut yang menyerap cairan.</p> <p>II</p> <p>I.1 Memonitor TTV pasien</p> <p>I.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>I.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</p> <p>I.4 Mempertahankan teknik aseptik</p> <p>I.8 Menginspeksi insisi/robekan perineum</p> <p>I.12 Membersihkan area perineum secara teratur.</p> <p>I.13 Memberikan pembalut yang menyerap cairan.</p> <p>E:</p> <p>I.1 TTV TD: 124/76 mmHg, R: 18x/menit, N: 84x/menit S: 36,6°C</p> <p>I.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi</p> <p>I.3 Perawat mencuci tangan setelah melakukan perawatan luka perineum</p> <p>I.4 Perawat mencuci tangan dan menggunakan handdiscoon steril.</p> <p>I.8 Tampak luka episiotomi medialis, jahit jelujur 5, luka masih tampak basah. Penilaian REEDA: 5 yang artinya penyembuhan luka kurang baik.</p> <p>I.12 Perineum sudah di bersihkan, pasien mengatakan merasa lebih lega.</p> <p>I.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut</p> <p>R: intervensi dilanjutkan</p>	<p>Indy</p>
--	----------	--	-------------

(Home visit) Minggu 16.09.2022 09.00 WIB	2	S1 - Pasien mengatakan kemann minum 6 gelas penuh, pasien mengatakan dan jam 5 pagi minum sebanyak 1 gelas. Urin pagi hari 1-300 ml. - pasien mengatakan belum mengetahui bagaimana cara bladder training O: - Tampak pengeluaran urin pada pukul 09.00 WIB → 100 ml - pasien tidak terpasang infus. A: Masalah teratasi sebagian P: 2.1 Monitor kepatenan kateter urin. 2.2 Monitor tanda dan gejala infeksi 2.3 Monitor kebocoran kateter 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.5 Gunakan teknik aseptik smp perawatan 2.6 Pastikan kantong urin diletakkan di bawah ketinggian 2.7 Kosongkan kantong urin 2.8 lakukan bladder training I: 2.1 Memonitor kepatenan kateter urin 2.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi 2.3 Memonitor kebocoran kateter 2.4 Memonitor intake dan output cairan 2.5 Menggunakan teknik aseptik smp perawatan. 2.6 Memastikan kantong urin diletakkan di bawah ketinggian. 2.7 Mengosongkan kantong urin 2.9 Melakukan bladder training E: 2.1 Urin tampak keluar dengan lancar 2.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2.3 Tidak terdapat kebocoran pada kateter. 2.4 Hasil perhitungan $1 \text{WL} = 15 \times 88 : 24 = 56,3 \text{ cc/jam}$ dalam 24 jam = 1.351 cc Intake: minuman + makanan terhidrasi $= 1.750 \text{ cc} + 100 \text{ cc} + 300 \text{ cc}$ $= 2.550 \text{ cc}$ Output = urin + mecha + iWL $= 1.400 \text{ cc} + 10 \text{ cc} + 1.351 \text{ cc}$ $= 3.801 \text{ cc}$ Balan cairan: input - output $= 2.550 \text{ cc} - 3.801 = - 1.251 \text{ ml}$	Dnf
---	---	---	-----

		<p>2.5 perawat mencuci tangan dan menggosok tangan handtocon</p> <p>2.6 Urine bag tampak sudah diletakkan di pinggir bed pasien</p> <p>2.7 urine 100 ml dikumpulkan</p> <p>2.9 pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat, pasien tampak mampu melakukan klem pada kateter secara mandiri</p> <p>R: Intervensi di hentikan</p>	mgf
(Home visit) Minggu 16-09-2023 10.30 WIB	3	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahit di jalan lahir sudah menurun tetapi masih sedikit linu ketika bergerak.</p> <p>O: - skala nyeri 1 (1-10) - Pasien tidak tampak meringis dan tidak gelisah.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: 3.0 Ajarkan teknik non farmakologi yang dapat dilakukan ketika pasien merasakan nyeri kembali seperti kompres hangat, relaksasi napas dalam, minyak esensial oil, dll).</p> <p>I: 3.0 Mengajarkan teknik non farmakologi yang dapat dilakukan ketika Pasien merasakan nyeri kembali</p> <p>E: Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat dan dapat menjelaskan ulang apa yg sudah dijelaskan</p> <p>R: Intervensi dihentikan</p>	mgf
(Home visit) Minggu 16-09-2023 09.30 WIB	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan baru ganti pembalut 2 jam yang lalu.</li> <li>- Pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan luka jahit di jalan lahir.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genitalia tidak tampak kotor</li> <li>- Tampak pengeluaran lochia segunorienta bau khas, jumlah : 50 ml.</li> <li>- Luka masih basah</li> <li>- Ada nyeri tekan pada luka</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor tanda-tanda vital</li> <li>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>1.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>1.4 Perlihatkan teknik aseptik pada pasien bersiko tinggi.</li> </ol>	mgf

		<p>1.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum.</p> <p>1.12 Membersihkan area perineum secara teratur</p> <p>1.13 Berikan pembalut yang menyerap cairan.</p> <p>1.14 Ajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka perineum</p> <p>I:</p> <p>1.1 Memonitor TTU</p> <p>1.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</p> <p>1.4 Mempertahankan teknik aseptik</p> <p>1.8 Menginspeksi insisi atau robekan perineum.</p> <p>1.12 Membersihkan area perineum secara teratur.</p> <p>1.13 Membentkan pembalut yang menyerap cairan.</p> <p>1.14 Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka perineum</p> <p>E:</p> <p>1.1 TTU: TD: 120/80 mmHg, R: 18x/menit, N: 84x/menit, S: 36,4°C.</p> <p>1.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi.</p> <p>1.3 Perawat mencuci tangan setelah melakukan perawatan luka.</p> <p>1.4 Perawat mencuci tangan dan menggunakan handscocn steril sebelum perawatan luka.</p> <p>1.8 Tempat luka epikotomi medial, jahit selujur 15, luka masih tampak basah</p> <p>Penilaian REBON-2 yang artinya penyembuhan luka kurang baik.</p> <p>1.12 Perineum sudah di bersihkan pasien mengatakan merasa lebih nyaman.</p> <p>1.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut 33 cm.</p> <p>1.14 pasien mengatakan paham dengan penjelasan perawat</p> <p>R: Intervensi dilanjutkan.</p>	
<p>(Home visit) selasa 18-09-2023 15.00 WIB</p>	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan baru ganti pembalut 1 jam yang lalu</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genetalia tampak tidak kotor</li> <li>- Tempat pengeluaran urine saguno terisi, berbau khas, jumlah 10 ml.</li> <li>- Luka mulai mengering</li> <li>- Nyeri tekan pada luka berkurang.</li> </ul>	

		<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor TTV</li> <li>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>1.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum</li> <li>1.12 Bersihkan area perineum secara teratur</li> <li>1.13 Berikan pembalut yang menyerap cairan.</li> </ul> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Memonitor TTV</li> <li>1.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>1.8 Menginspeksi insisi atau robekan perineum</li> <li>1.12 Mem bersihkan area perineum secara teratur.</li> <li>1.13 Memberikan pembalut yang menyerap cairan.</li> </ul> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Td: 124/80 mmHg, R: 19x/menit N: 82x/menit, S: 36,5°C.</li> <li>1.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi</li> <li>1.8 Tampak luka epistomi medial, jahit jelujur ± 5, luka tampak mulai mengering, Penilaian REEDA = 0 yang artinya penyembuhan luka baik.</li> <li>1.12 Perineum sudah di bersihkan. pasien mengatakan merasa lebih nyaman.</li> <li>1.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut 23 cm.</li> </ul> <p>R: Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>(Home visit) S4262 18-09-2023 15.30 WIB</p>	2	<p>S: pasien mengatakan belum mengetahui mengenai ISK dan kegel exercise.</p> <p>O: pasien tampak kebingungan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: 2.11 Berikan health promotion mengenai ISK dan kegel exercise.</p> <p>I: 2.11 Membentkan health promotion mengenai ISK dan kegel exercise.</p> <p>E: 2.11 Pasien menyatakan paham dengan penjelasan dan perawat dan dapat melakukan usaha. pasien tidak tampak kebingungan.</p> <p>R: Intervensi dihentikan.</p>	Thof

## VI. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Minggu 16-09-2023 11.30 WIB	3	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian lutut menurun.</li> <li>- Pasien mengatakan terkadang masih merasa kaku saat bergerak terutama saat berjalan.</li> <li>- Pasien mengatakan paham mengenai teknik yang dapat dilakukan ketika merasakan nyeri kembali.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak tampak gelisah</li> <li>- Pasien tidak tampak merintih</li> <li>- TV: TD: 120/70 mmHg, R: 18x/menit</li> <li>- N: 84x/menit, S: 36,4°C.</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<i>Drf</i>
Selasa 17-09-2023 16.00 WIB	2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan paham dan sudah mengetahui tentang ISK dan sudah mengetahui cara melakukan tegel exercise.</li> <li>- Pasien mengatakan sudah ada keinginan untuk berhemih.</li> <li>- Pasien mengatakan setelah BAK merasa lega</li> <li>- Pasien mengatakan dapat berhemih dengan lancar.</li> <li>- Pasien mengatakan telah melakukan jadwal berhemih yang teratur yaitu 4jam sekali.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TV: TD: 124/80 mmHg, R: 19x/menit</li> <li>- N: 82x/menit, S: 36,5°C.</li> <li>- Palpasi kandung kemih tidak teraba.</li> <li>- Urin berwarna kuning jernih bercampur lochea.</li> <li>- Pasien tampak nyaman</li> <li>- Tidak terpasang kateter</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p>	<i>Drf</i>

<p>Abby 19-09-2023 19.00 WIB</p>	<p>1</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka jahitan di jalan lahir.</li> <li>- pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan luka jahit di jalan lahir dan dapat melakukannya secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV: T: 120/82 mmHg, R: 18x/menit N: 80x/menit, S: 36,7°C</li> <li>- Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, lochea berbau, bernanah dan kotor.</li> <li>- Tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jetujur 3/5, genitalia sudah dibersihkan, luka sudah mulai mengering, tidak ada nyeri tekan pada luka.</li> <li>- Penilaian REEDA = 0 yang artinya penyembuhan luka baik</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan.</p>	<p>mg</p>
--	----------	---	-----------

## Lampiran 6: Media Studi Kasus Dan Satutan Acara Penyuluhan (SAP)

### SATUAN ACARA PENYULUHAN

- Pokok Bahasan : Masa *Post partum*
- Sub Pokok Bahasan : Perawatan Luka Perineum
- Sasaran : Ibu *Post partum* dengan luka episiotomi
- Hari / Tanggal : Minggu, 16 April 2023
- Waktu : 15-20 menit
- Tempat : Tempat Kediaman Pasien
- Penyuluh : Nida Hani Maisa (P17320120055)

#### A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, pasien dan keluarga mampu melakukan, mengetahui, dan memahami tentang perawatan luka perineum yang baik dan benar.

#### B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga mampu:

1. Menjelaskan pengertian perawatan perineum yang tepat dan benar.
2. Mengetahui manfaat perawatan perineum.
3. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi perawatan perineum.
4. Menyebutkan waktu untuk perawatan perineum.
5. Menyebutkan langkah-langkah perawatan perineum.
6. Menyebutkan hal yang harus diperhatikan ketika melakukan perawatan perineum.
7. Menyebutkan prosedur yang harus dilakukan ketika terjadi tanda dan bahaya *post partum*.

#### C. Materi

##### 1. Pengertian perawatan luka perineum

Perawatan pada area antara vagina dan anus yang mengalami perlukaan pada saat persalinan.

##### 2. Manfaat perawatan perineum



Dapat mengurangi rasa nyeri. Mempercepat penyembuhan luka. Mencegah terjadinya infeksi.

### **3. Faktor yang mempengaruhi perawatan perineum**

- Gizi : makanan tinggi protein (telur, ikan tuna, ikan nila, tahu, susu, daging ayam, brokoli).
- Pengetahuan : apabila ibu mengetahui perawatan. perineum, maka penyembuhan luka akan jauh lebih cepat.
- Mobilisasi : perbanyak pergerakan seperti berjalan, dan beraktifitas ringan.

### **4. Waktu perawatan perineum**

- Saat mandi.
- Setelah buang air kecil.
- Setelah buang air besar.

### **5. Langkah-langkah perawatan perineum**

- Ganti pembalut yang bersih setiap 4-6 jam. Posisikan pembalut dari arah depan dengan baik agar tidak bergeser.
- Pastikan cuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan kemaluan.
- Cebok dengan menggunakan air dan sabun dari arah depan ke belakang (ke arah anus).
- Gunakan air biasa, jangan menggunakan air hangat atau panas saat membasuh kemaluan.
- Keringkan dengan handuk atau tissue dengan cara menepuk pelan ke arah anus.
- Jangan menggunakan bedak, jamu atau wewangian didaerah kemaluan, agar luka jahitan tidak lembab dan cepat kering.

### **6. Hal yang harus diperhatikan**

- Menjaga daerah kemaluan tetap kering dan bersih.
- Menghindari pemberian obat tradisional.
- Hindari berendam atau membasuh luka dengan air hangat.
- Lakukan mobilisasi.

- Mencuci luka jahitan perineum dengan sabun 3-4x sehari.
- Buang air kecil jongkok/duduk, tidak boleh berdiri.

#### 7. Tanda dan bahaya *post partum*

- Bila terdapat cairan yang berbau tidak sedap dari kemaluan.
- Bila terdapat darah merah segar yang banyak.
- Bila luka jahitan terbuka

#### D. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi

#### E. Media

Leaflet

#### F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Sasaran	
1	Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menyampaikan tujuan</li> <li>4. Menentukan kontrak waktu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Memperhatikan</li> <li>3. Mendengarkan</li> <li>4. Menyepakati kontrak</li> </ol>	3 menit
2	Inti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji pengetahuan dasar pasien tentang perawatan luka</li> <li>2. Menjelaskan materi tentang :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengertian perawatan luka perineum.</li> <li>b. Manfaat perawatan perineum</li> <li>c. Faktor yang mempengaruhi perawatan perineum</li> <li>d. Waktu perawatan perineum</li> <li>e. Langkah-langkah perawatan perineum</li> <li>f. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan perawatan perineum</li> <li>g. Tanda dan bahaya <i>post partum</i></li> </ol> </li> <li>3. Memberikan kesempatan bertanya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab pertanyaan penyuluh</li> <li>2. Menyimak dan memperhatikan materi yang disampaikan</li> <li>3. Memberikan pertanyaan terkait materi yang belum dipahami</li> </ol>	10 menit

		4. Menjawab pertanyaan	4. Menyimak dan menjawab	
3	Penutup	1. Melakukan evaluasi 2. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 3. Menutup dengan salam	1. Menjawab pertanyaan atau soal evaluasi 2. Menyimpulkan materi bersama penyuluh 3. Menjawab salam	2 menit

## G. Evaluasi

1. Jenis evaluasi : Sumatif
2. Bentuk evaluasi : lisan

## H. Media SAP

**Hal yang harus diperhatikan**

- Menjaga daerah kemaluan tetap kering dan bersih.
- Menghindari pemberian obat tradisional.
- Hindari berendam atau membasuh luka dengan air hangat.
- Lakukan mobilisasi.
- Mencuci luka jangkitan perineum dengan sabun 3-4x sehari.
- Buang air kecil jongkok/duduk, tidak boleh berdiri.

**Kapan harus kembali ke dokter atau bidan?**

Bila terdapat cairan yang berbau tidak sedap dari kemaluan.



Bila terdapat darah merah segar yang banyak.



**Bila luka jangkitan terbuka**





**Perawatan Luka Perineum**

Dibuat Oleh:  
Nida Hani Maisa (PT7320120055)  
3-A

PRODI D-III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN BANGKUNG  
POLITEKNIK SEMANGI BANDUNG

**Apa itu perawatan perineum?**

Perawatan pada area antara vagina dan anus yang mengalami perlakuan pada saat persalinan.

**Apa manfaatnya?**

- Dapat mengurangi rasa nyeri.
- Mempercepat penyembuhan luka.
- Mencegah terjadinya infeksi.



**Faktor yang mempengaruhi perawatan perineum**

- Gizi : makanan tinggi protein (deter, ikan tuna, ikan nila, tahu, susu, daging ayam, brokoli).



- Pengetahuan : apabila ibu mengetahui perawatan perineum, maka penyembuhan luka akan jauh lebih cepat.
- Mobilisasi : perbanyak pergerakan seperti berjalan, dan beraktivitas ringan.



**Ruang lingkup perawatan perineum**

Untuk pencegahan infeksi alat reproduksi yang disebabkan karena mikroorganisme yang masuk melalui luka yang terbuka akibat perkembangan bakteri pada pembalut.

**Kapan melakukannya ?**

- Saat mandi.
- Setelah buang air kecil.
- Setelah buang air besar.

**Langkah-langkah perawatan perineum**



Ganti pembalut yang bersih setiap 4-6 jam. Pastikan pembalut dari arah depan dengan baik agar tidak bergeser.



Bersihkan sisi tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan kemaluan.



Cebok dengan menggunakan air dan sabun dari arah depan ke belakang (ke arah anus).



Getukan air biasa, jangan menggunakan air hangat atau panas saat membasuh kemaluan.



Feringkan dengan handuk atau tissue dengan cara memepuk pelan ke arah atas.



Jangan menggunakan bedak, pasta atau sebarang dibreah kemaluan, agar luka jangkitan tidak bertambah dan cepat kering.

Lampiran 7 : Dokumentasi Studi Kasus

Dokumentasi pada tanggal 16 April 2023 (*Home Visit*)



Dokumentasi pada tanggal 18 April 2023 (*Home Visit*)





Dokumentasi pada tanggal 19 April 2023 (*Home Visit*)

















Lampiran 9 : Lembar Bimbingan Proposal KTI Pembimbing Utama

	<b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</b>	
	<b>LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH</b>	

Nama Mahasiswa : Nida Hani Maisa  
 NIM : P17320120055  
 Nama Pembimbing: Ibu Bani Sakti, SKM., MKM.  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. "x" Px Ax  
 Dengan Risiko (infeksi) Luka Perineum  
 Pada Ibu Post Partum Spontan Di Ruang  
 Ater RSUD Kota Bandung Tahun 2023

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Kamis 02 / 2023 02	Pengajuan Judul dan konsul Bab I	Perbaiki sesuai akhir		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 19650927 198903 2 002
2.	Jum'at 24 / 2023 02	Konsultasi Bab I Bab II Bab III	Perbaiki sesuai Pedoman		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 19650927 198903 2 002
3.	Jum'at 24 / 2023 03	Konsultasi Bab I Bab II Bab III	-Perbaiki manfaat -keterangan gam bar di kiri -tambahkan lampiran		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 19650927 198903 2 002
4.	Jum'at 31 / 2023 03	Konsultasi Bab I - III penulisan	-tambahkan materi di Bab II sesuai judul -perbaiki penulisan -perbaikan judul		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 19650927 198903 2 002
5	Senin 03 / 2023 04	Konsultasi Bab I - III	- Perbaiki gelar - perbaiki esipeng daftar isi, sumber daftar pustaka		 BANI SAKTI, SKM., MKM. NIP. 19650927 198903 2 002

Lampiran 10 : Lembar Bimbingan Proposal KTI Pembimbing Pendamping

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	



Nama Mahasiswa : Nida Hani Maisa  
 NIM : 117390120055  
 Nama Pembimbing: Ibu Suni Kusumasih, S.Kep. Ners, M.Kes.  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan NY. "x" P&A  
 Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum  
 Pada Ibu Post Partum Spontan di Ruang  
 Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Kamis 26/01 2023	Pengajuan Judul	Lanjut konsultasi dengan pembimbing I	<i>Nida</i>	<i>Suni</i>
2.	Jum'at 10/02 2023	Pengajuan Judul dan Konsul Bab I	- judul harus lebih spesifik - masukan hasil penelitian dan data RSUD Kota Bandung	<i>Nida</i>	<i>Suni</i>
3.	Kamis 16/02 2023	Konsul Bab I	- ACC judul - perbaiki poin teori pada latar belakang - lanjut bab II dan bab III	<i>Nida</i>	<i>Suni</i>
4.	Kamis 02/03 2023	Konsul Bab II dan Bab III - Penulisan	- perbaiki penomoran - lengkapi teori - sumber harus jelas - Perbaiki penulisan	<i>Nida</i>	<i>Suni</i>
5.	Jum'at 24/03 2023	- Penulisan - konsul Bab II dan Bab III	- lengkapi teori - hapus definisi konseptual & operasional - ACC penulisan	<i>Nida</i>	<i>Suni</i>
6.	Rabu 29/03 2023	Konsul Bab I - III	- ACC proposal	<i>Nida</i>	<i>Suni</i>





Lampiran 12 : Lembar Bimbingan KTI Pembimbing Pendamping

	<b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES</b>	
	<b>LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH</b>	

Nama Mahasiswa : Nida Hari Maya  
 NIM : P17300120055  
 Nama Pembimbing : IbH. Susi Kusniatih, S.Kep., Ners., M.Kes.  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. "N" P.Ao Dengan Risiko Infeksi Luta perineum pada Ibu post partum Spontan di Ruang Ato RSUD Kota Bandung Tahun. 2023

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu 12 April 23	Konsultasi komprehensif	Asuhan keperawatan di rumah pasien didokumen bawakan (pentel)	<u>Melly</u>	<u>JW</u>
2.	18 Mei 2023	Bab 1-V	Tambahkan data diastep dan lengkapi teori	<u>Melly</u>	<u>JW</u>
3.	20 Mei 2023	konsultasi astep dan Bab IV	Tambahkan data penunjang dan teori di Pembahasan	<u>Melly</u>	<u>JW</u>
4.	13 Juni 2023	konsul Bab IV	Tambahkan catatan perkembangan dan diagnosa	<u>Melly</u>	<u>JW</u>
5.	05 Juni 2023	konsultasi Bab V	Perbaiki penulisan dan lengkapi data	<u>Melly</u>	<u>JW</u>
6.	06 Juni 2023	konsultasi Bab 1-V	Perbaiki penulisan Acc sidang	<u>Melly</u>	<u>JW</u>