

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Responden

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 : Putri Agisthia Noer Fitriyani

NIM : P17320120061

Menuliskan surat permohonan ini dengan maksud akan melakukan Studi Kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Ny.”X” PxAx Dengan Nyeri Akut Pada Ibu *Post Partum Sectio Cesarea* di Ruang Aster RSUD 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, April 2023



(Putri Agisthia Noer Fitriyani)

Lampiran 2 Lembar Pernyataan Persetujuan

58

Lampiran 2 : 1 Lembar Pernyataan Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Nur Intun Oktaviani

Umur 24 tahun

Alamat : Jln. Pahlawan Satek Gln. Grihuwangi VI No.12

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" PkAx Dengan Nyeri Akut Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea di Ruang Aster RSUD 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 diplukan dapat menghubungi saya (Putri Agisthia N.Fidengan nomor HP : 08138-2579-758).

08065492950

Bandung 12 April 2023

Mengetahui,

Petaksana Studi Kasus

Peserta Studi Kasus



(Putri Agisthia Nöer Fitriyani)

(Nur Intun Oktaviani)

NIM: P17320120061

Lampiran 3 SPO Mobilisasi Dini

MOBILISASI DINI	
Pengertian	Membantu klien melakukan mobilisasi agar dapat mandiri untuk melaksanakan aktifitas sehari-hari sedini mungkin sesuai dengan kemampuan klien.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan klien dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas. 2. Mencegah terjadinya decubitus. 3. Mempercepat peristaltic usus pada klien post operasi.
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK Direktur No. 007/435-RSUD/2011 tentang pengawasan, monitoring dan Evaluasi penerapan Standar Pengawasan Medis (SPM) dan Standar Prosedur Operasional (SPO) di RSUD Kota Bandung. 2. SK Direktur No. 007/11-A-ARSUD/2015 tentang kodefikasi penomoran untuk dokumen di RSUD Kota Bandung. 3. SK Direktur No. 007/141-RSUD/2011 tentang Pemberlakuan Buku Acuan Pedoman Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Revisi ke-2 di lingkungan RSUD Kota Bandung.
Prosedur	<p>Persiapan klien/keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji ulang keadaan umum klien sebelum tindakan 2. Beritahukan kepada klien/keluarga tentang maksud dan tujuan mobilisasi dini. 3. Libatkan pihak keluarga pada pelaksanaan tindakan dan berikan <i>Health Education</i> tentang ambulasi dini. <p>Persiapan lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup gorden/pasang sampiran <p>Pelaksanaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ucapkan Salam kepada “Assalamualaikum WR.WB/Selamat Pagi/Selamat Siang/Selamat Malam, Bapak/Ibu” • Perkenalan identitas petugas dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan • Cuci tangan (lihat SOP cuci tangan). • Baca Basmallah (Apabila muslim). • Atur posisi klien <p>Miring</p>

- Klien dimiringkan, bila tidak bisa menahan tubuhnya sendiri tubuh klien ditahan dengan bantal atau guling pada bagian punggung dan bokong
- Ganjal kaki dengan bantal diantara kedua lutut
- Lakukan miring kiri-kanan maksimal 2 jam sekali
- Berikan motivasi pada klien untuk melakukan sendiri secara bertahap

Duduk/setengah duduk

- Tinggikan tempat tidur bagian kepala dengan cara memutar pengatur yang terdapat pada bagian kaki dari bed atau dengan cara menambah bantal pada bagian kepala klien.
- Letakan bantal pada sisi kanan dan kiri klien sebagai penopang bila klien tidak dapat duduk dengan baik.
- Bila klien merasa pusing segera kembalikan keposisi semula.
- Berikan motivasi pada klien untuk melakukan sendiri secara bertahap

Berdiri/jalan

- Alat bantu didekatkan (bila ada)
- Bantu klien menggeser kakinya kesamping tempat tidur.
- Bantu klien untuk duduk kemudian menurunkan kedua kaki dari tempat tidur.
- Bantu klien turun dari tempat tidur dan gunakan alas kaki klien
- Bila klien merasa pusing segera kembalikan keposisi semula.
- Bantuk klien melangkah secara bertahap di sekitar tempat tidur.
- Bantu klien untuk menggunakan alat bantu dan awasi dalam menggunakannya
- Berikan motivasi pada klien untuk melakukannya sendiri secara bertahap.
- Baca Hamdalan (apabila muslim)
- Kaji ulang respon klien setelah tindakan
- Rapihkan kembali klien pada posisi yang nyaman
- Sampaikan terima kasih kepada klien atas kerja samanya
- Ucapkan terimakasih atas kerja samanya
- Ucapkan salam “Assalamualaikuj WR.WB/Selamat Pagi/Selamat Siang/Selamat Malam, Bapak/Ibu”

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan 6 langkah • Perawat mencatat tindakan yang telah dilakukan dalam rekam medis dan ditanda tangani dengan nama jelas <p>Perhatikan: Pada klien yang mengalami gangguan kemampuan Gerakan ROM baik post stroke, bedrest lama maupun post operasi maka lakukan tindakan ROM aktif dan pasif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Atur posisi tidur pasien sesuai dengan kebutuhan. 3. Buka pakaian bagian bawah pasien.
Unit Terkait	Semua unit Perawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses definition and classification 2015-2017 ; Wilwy Blackwell 2. Nurarif, Amin H dan Kusuma H. 2015. <i>Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NOC Jilid 1</i>. Jogjakarta : Medi Action. 3. Nursalam. 2011. Manajemen Keperawatan aplikasi praktik keperawatan professional, Salemba Medika.

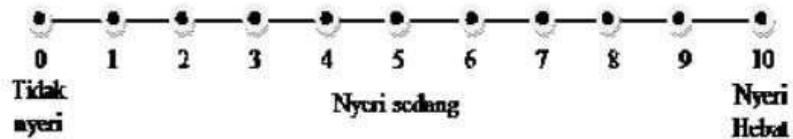
Lampiran 4 SPO Pengisian Asesmen Nyeri

PENGISIAN ASESMEN NYERI	
Pengertian	Suatu proses untuk mengkaji tentang adakah kondisi nyeri pada pasien serta bagaimana intensitas beratnya nyeri tersebut.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan Langkah-langkah untuk asesmen nyeri.
Kebijakan	Keputusan direktur nomor: 3364 Tahun 2022 tentang Panduan Manajemen Nyeri di RSUD Kota Bandung.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesmen nyeri dilakukan oleh dokter atau perawat 2. Asesmen nyeri dilakukan terhadap semua pasien baik yang datang ke IGD, poliklinik atau pasien rawat inap 3. Tingkat nyeri dapat dinilai melalui dua pengukuran yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a. Numeric rating scale, digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 9 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan nyeri dilambangkan dengan angka antara 0-10 <ol style="list-style-type: none"> (a) 0 : Tidak nyeri (b) 1-3 : Nyeri ringan (sedikit mengganggu aktifitas sehari-hari) (c) 4-6 : Nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktifitas sehari-hari) (d) 7-10 : Nyeri berat (tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari) b. Wong baker faces pain scale, digunakan pada pasien yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka <ol style="list-style-type: none"> (a) 0 : Tidak nyeri (b) 1-3 : Nyeri ringan (c) 4-6 : Nyeri sedang (d) 7-9 : Nyeri berat terkontrol (e) 10 : Nyeri berat tidak terkontrol 4. Asesmen nyeri ulang dilakukan pada: <p style="margin-left: 40px;">Pasien yang mengeluh nyeri, satu jam setelah tatalaksana nyeri dengan angka.</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) 0 : Tidak nyeri (b) 1-3 : Nyeri ringan (c) 4-6 : Nyeri sedang (d) 7-9 : Nyeri berat terkontrol (e) 10 : Nyeri berat tidak terkontrol

	<p>5. Asesmen nyeri ulang dilakukan pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien yang mengeluh nyeri, satu jam setelah tatalaksana nyeri b. Setiap empat jam pada pasien yang mengeluh nyeri (pasien sadar/bangun) c. Pasien yang menjalani prosedur menyakitkan d. Sebelum transfer pasien ke unit lain e. Sebelum pasien pulang dari rumah sakit f. Pada pasien nyeri kardiak (jantung) lakukan setiap 5 menit
Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan medis 2. Instalasi rawat jalan 3. Instalasi rawat inap 4. IGD 5. ICU 6. Rekam medis
Referensi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pain Management, [diakses tanggal 23 Februari 2012]. Diunduh dari: www.hospitalsoup.com 2. Panduan Manajemen Nyeri RSUD Kota Bandung No.8.3.1.2-05 Rev 2

Lampiran 5 Lembar Observasi Skala Pengukuran Nyeri

PENILAIAN SKALA NYERI NRS (*NUMERICAL RATING SCALES*)



Keterangan

0 : Tidak nyeri

1-3 : Mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan

4-6 : Rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang

7-10 : Rasa nyeri yang sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit, bahkan teriak, nyeri berat.

Lampiran 6 Satuan Acara Penyuluhan Nyeri

Topik : Manajemen Nyeri
Sub Topik : Manajemen Nyeri pada Luka Post Operasi
Sasaran : Keluarga dan Pasien Post Operasi
Tempat : Ruang Aster dan rumah Ny."N"
Hari / Tanggal : 14 – 16 April 2023.
Penyuluh : Putri Agithia N.F

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan proses penyuluhan kesehatan selama \pm 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami tentang manajemen nyeri pada luka post operasi.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti proses penyuluhan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan pengertian nyeri.
- b. Menyebutkan penyebab timbulnya nyeri.
- c. Menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri.
- d. Menyebutkan cara mengkaji persepsi nyeri.
- e. Menyebutkan cara-cara untuk mengatasi nyeri pada luka post operasi.

B. Metode

Ceramah.

C. Media

Leaflet.

D. Materi Penyuluhan

1. Pengertian Nyeri
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri
3. Mengkaji Persepsi Nyeri

4. Cara-cara Mengatasi Nyeri pada Luka Post Operasi
(Materi Terlampir)

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara lisan dengan memberikan pertanyaan :

1. Apa pengertian dari nyeri?
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri!
3. Sebutkan cara mengkaji persepsi nyeri!
4. Sebutkan cara-cara mengatasi nyeri pada luka post operasi!

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Nyeri

1. Nyeri adalah suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan (Alimul, 2006).
2. Nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Alimul, 2006).

B. Tujuan Mengatasi Nyeri

1. Mengurangi rasa nyeri
2. Merelaksasikan ketegangan otot
3. Mengalihkan perhatian agar nyeri tidak terasa atau hilang
4. Mengurangi kecemasan

C. Cara-cara Mengatasi Nyeri pada Luka Post Operasi

1. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri
 - a. Ketidakpercayaan
Pengakuan perawat akan rasa nyeri yang diderita pasien dapat mengurangi nyeri.
 - b. Kesalahpahaman
Mengurangi kesalahpahaman pasien tentang nyerinya akan mengurangi nyeri.

c. Ketakutan

Memberikan informasi yang tepat dapat mengurangi ketakutan pasien dengan menganjurkan pasien untuk mengekspresikan bagaimana mereka menangani nyeri.

d. Kelelahan

Kelelahan dapat memperberat nyeri. Untuk mengatasinya, kembangkan pola aktivitas yang dapat memberikan istirahat yang cukup.

e. Kebosanan

Kebosanan dapat meningkatkan rasa nyeri. Untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalih perhatian yang bersifat terapeutik

2. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik seperti:

a. Teknik latihan pengalihan

- Menonton TV
- Berbincang-bincang dengan orang lain
- Mendengarkan musik

b. Pemberian analgetik, yang dilakukan mengganggu atau memblokir transmisi stimulasi agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri.

The infographic is divided into several sections:

- APA ITU NYERI?**: A red box defining pain as a complex sensation involving physical, emotional, and social aspects.
- PERUBAHAN TEKNIK MENAGATI NYERI**: A red box with the text 'BERUBAH SAMA SAMA MELAKUKI TERAPI'.
- BERAPA SKALA NYERI?**: A green box with a scale from 0 to 10, where 0 is 'Tidak ada rasa sakit' and 10 is 'Sangat menyakitkan'.
- TARAH MENAGATI NYERI**: A red box listing four methods:
 1. Mengurangi rasa nyeri.
 2. Melakukan kegiatan lain.
 3. Mengalihkan perhatian agar nyeri tidak terasa atau hilang.
 4. Mengurangi responnya terhadap nyeri ke otak agar rangsangan nyeri tidak diproses.
- 5. Mengurangi kecemasan**: A red box with the text 'SILA BERKUNCI BERSAMA'.
- TEKNIK RELAKSASI**: A section describing a technique where the patient lies down, relaxes, and breathes slowly through the nose.
- TEKNIK DISTRAKSI**: A section describing a technique where the patient focuses on something other than the pain, such as watching television.

Illustrations include a person on a couch, a person reading, a person listening to music, and a person using a red heart-shaped stress ball.

Lampiran 7 Asuhan Keperawatan Ibu Nifas dan BBL

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS DAN BBL

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N RA dengan MASALAH

NYERI AKUT PADA IBU POST PARTUM IKTIO CAEIAREA

TRANSPERTUBALIS PRIMUMA P001 DI RUMAH SAKIT

UMUM DAERAH KOTA BANDUNG

TAHUN 2013.

I. PENGKAJIAN

A. Identitas Klien

IDENTITAS	ISTRI	SUAMI
Nama	Ny. N	Tn. C
Umur	24 tahun	
Suku bangsa	Sunda	Sunda
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Karyawan
No. register	302030	
Tanggal masuk RS	12 April 2013	
Hari / Tanggal pengkajian	Rabu / 12 April 2013	
Waktu / jam pengkajian	15.30 WIB	
Golongan darah		
Diagnosa medis	Epit. Akut + epulsi jernih + mekonium	
Nomor telepon	080455442950	085656248123
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Alamat rumah	Jln. Rumah Sakit 99. Siliwangi VI No. 33	Jln. Rumah Sakit 99. Siliwangi VI No. 33
Alamat kantor		

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama (*here and now*) :
Pasien mengeluh nyeri di daerah sekitar
bentol lunak operukt.

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 sejak 2 hari yang lalu sudah mengalami kontraksi lalu dibawa ke bidan selain itu pasien mengatakan mual sudah terasa sering. Ketika pukul 02.00 dini hari, pasien diberi induksi tetapi baru pada pembukaan ke-2 baru ketuban hijau. Lalu pada pukul 07.00 pasien dirujuk ke RSUD Kota Bandung dan dilakukan operasi sectio caesarea pada pukul 10.00.

Pasien mengatakan terasa nyeri dibagian betis lka operasi. Pada saat ditanya skala nyeri yang dirasakan dari 1-10, pasien menjawab skala nyeri berada di angka 7. Pada saat dikaji didapatkan hasil TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,8°C, SpO₂ : 97%.

3. Riwayat kesehatan dahulu:

Pasien mengatakan belum pernah mengalami operasi sectio caesarea sebelumnya.

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

Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat hipertensi, Diabetis Mellitus, Asma dan penyakit jantung. Pasien juga tidak memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, Hepatitis.

5. Riwayat kesehatan ginekologi dan obstetri.

a. Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi / haid

- Menarche : 12 tahun / 2 SMP
- Siklus haid : 26-28 minggu
- Keluhan selama haid : nyeri

2) Riwayat perkawinan

Status pernikahan : Menikah

	ISTRI	SUAMI
Umur waktu menikah	25 Tahun	29 Tahun
Lama pernikahan	10 bulan	10 bulan
Pernikahan yang ke	pertama	pertama

3) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

- Jenis kontrasepsi yang digunakan : Tidak memakai kontrasepsi
- Lamanya : Tidak ada
- Alasan dilepas : Tidak ada
- Dukungan keluarga : Keluarga mendukung untuk KB
- Rencana kontrasepsi sesudah melahirkan : Pil b. bulan, (wajah)

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

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

2) Riwayat kehamilan sekarang

- P. : 0
- HPHT : 15 Juli 2017.
- Takstiran persalinan : 22 April 2018.
- Tanggal persalinan : 12 April 2018.
- Siklus haid : 26 - 28 minggu.
- Tanda bahaya atau penyakit : Tidak ada
- ANC di : Bidan
- Frekuensi : 1x
- Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) : Vitamin yang diberikan bidan.
- Imunisasi TT 1 : Sudah
- TT 2 : Sudah
- Kekhawatiran khusus : Merasa khawatir belum bertemu dengan bayi.
- Respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran : Ibu merasa senang dikarenakan anak pertama.
- Komplikasi kehamilan : Tidak ada
- Perdarahan : Tidak ada
- Preeklampsia : Tidak ada
- Eklampsia : Tidak ada

- PMS : Tidak ada
- Lain-lain sebutkan : Tidak ada

3) Riwayat persalinan

- Jenis persalinan: - Spontan: _____, Buatan VE/FF/SC _____, Anjuran: _____
- Masa gestasi: 40 minggu, Penolong persalinan: Dokter
- Lama persalinan: Kala I: _____, Kala II: _____, Kala III: _____, Kala IV: _____
- Keadaan ketuban: Warna: hijau, Jumlah: _____
- Keadaan plasenta: Berat: utuh, Diameter: _____, Cotyledon: _____
- Komplikasi persalinan: _____, Trauma persalinan: _____

C. Pola Aktivitas Sehari-hari

Jenis	Sebelum	Sekarang
Makan - Frekuensi - Jenis - Porsi - Keluhan - Makanan yang dipantang, alasan - Alergi - Suplemen	3x/hari Nasi, lauk, sayur Tidak ada Tidak ada	3x/hari sayur, buah, lauk Tidak ada Tidak ada
Minum - Jenis - Jumlah	Air mineral 2000 cc	Air mineral 2000 cc
Eliminasi - BAB: frekuensi, warna, konsistensi - BAK: Frekuensi, warna, bau	1x/hari, padat lembek 6-7x/hari, kuning, putih	1x/hari, lembek 6-7x/hari, kuning, putih
Istirahat dan Tidur - Malam - Siang - Keluhan - Yang mempermudah tidur - Yang mempermudah bangun	6 jam 1-2 jam Tidak ada	6 jam 1 jam Tidak ada
Personal hygiene - Mandi - Ganti pakaian dalam - Jenis pakaian - Perawatan gigi - Perawatan payudara - Vulva hygiene	2x/hari 2x/hari katun 2x/hari	2x/hari 1x/hari katun 2x/hari
Pola aktivitas / kebiasaan hidup - Pengetahuan hub sek pasca melahirkan	Mengetahui	Mengetahui

- Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
- Kebiasaan merokok	Tidak ada	Tidak ada
- Beban pekerjaan	Tidak ada	Tidak ada
- Adat istiadat	Tidak ada	Tidak ada
- Minum beralkohol	Tidak ada	Tidak ada

D. Pemeriksaan Fisik

1. Ibu

1.	Keadaan Umum Kesadaran: Compos Mentis (conscious) ✓. Apatitis..... Delirium..... Somnolen (Obtundasi, Letargi)..... Stupor (Sopora koma)..... Coma (Comatode).....									
2.	Tanda-tanda vital TD: 10/70 mmHg N: 30 x/mnt R: 21 x/mnt S: 36,8 °C									
3.	Antropometri TB: 53 cm BB sekarang: 65 Kg BB sebelum hamil: 40 Kg IMT: 18,5 (normal)									
4.	Kepala Rambut: warna hitam, panjang tidak berubah - Cloasma gravidarum: Tidak ada c. loasma gravidarum Mata: - Penglihatan: tajam, tidak pusing atau - Konjungtiva: merah muda - Kelopak mata: tidak ada dengan kelainan Sclera: tidak interix - Gerakan bola mata: normal - Reaksi pupil terhadap cahaya: menajadi ketika terkena cahaya Telinga: - Kebersihan: simetris dan bersih - Fungsi pendengaran: dapat mendengar dengan normal Hidung: - Kebersihan: bersih - Fungsi penciuman: baik Mulut: - Bibir: tidak pucat - Gusi: merah muda - Gigi caries: tidak ada - Gigi berlubang: tidak ada - Gigi ompong: tidak ada - Gigi palsu: tidak ada Leher: - Pembesaran kelenjar tiroid: tidak ada - Pembesaran kelenjar getah bening: tidak ada									
5.	Dada: - Pergerakan nafas: simetris - Bunyi nafas: vesikuler - Bunyi jantung: S1 S2 reguler - Irama Jantung: normal Payudara:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bentuk</td> <td>Bulat simetris</td> <td>Bulat simetris</td> </tr> <tr> <td>Puting susu</td> <td>menonjol</td> <td>menonjol</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Kanan	Kiri	Bentuk	Bulat simetris	Bulat simetris	Puting susu	menonjol	menonjol
Indikator	Kanan	Kiri								
Bentuk	Bulat simetris	Bulat simetris								
Puting susu	menonjol	menonjol								

Amula	tidak ada	tidak ada
Banyolan	tidak ada	tidak ada
Kelambutan	tidak ada	tidak ada

6. **Ferret:** - Laka bekas operasi laka peritonis: tidak ada Panjang: 10 cm
 - Rendam laka: tidak ada Laka perit:
 - Sruac: _____ - Peritonis TFL:
 - Posti utera: 1 jar dikawat tidak - Rendam utera:
 - Diemua tekno abdomen:
 - BEEDA (redigis, adema, metymosa, diataga, apendisitisa):
tidak ada

7. **Ekstremitas**

Indikator	Kanan	Kiri
Ekstremitas atas		
Bentuk	normal	normal
Odema	Tidak ada odema	Tidak ada odema
Kuku jari	tertah, 20 x 3	tertah, 20 x 3
Ekstremitas bawah		
Bentuk	normal	normal
Odema	Tidak ada odema	Tidak ada odema
Kuku jari	tertah, panjang	tertah, panjang
Varises	Tidak ada varises	Tidak ada varises
Refleks patula	(+)	(+)
Hemianis sign	(-)	(-)

8. **Genitalia**
 - Vagina: darah keluar, ganti pembalut 4-5/hari
 - Leher: (jenis, bau, warna, jumlah): darah (leher merah), merah segar, normal
 - Perineum: tidak ada luka jahitan
 - Anus: tidak ada hemoroid

9. **Data Psikologi**
 - Status emosi: tidak merasa cemas karena perihnya yang tidak ditanggapi

	<ul style="list-style-type: none"> - Pola Koping: pasien mengatakan selalu berdiskusi dengan Ibu dan suaminya. - Pola Komunikasi: Menggunakan bahasa Indonesia dan dapat berkomunikasi dengan baik. - Konsep diri - Gambaran diri: Pasien mengatakan puas akan anggota tubuhnya sekarang. <ul style="list-style-type: none"> - Peran diri: pasien berperan sebagai seorang istri. - Ideal diri: pasien mengatakan - Identitas diri: pasien adalah seorang Ibu rumah tangga. - Harga diri: pasien mengatakan bahwa harga dirinya semakin bertambah jika diberi semangat oleh keluarganya. 																																								
1	Data Sosial																																								
0	<p>Dengan keluarga dan tetangga: Hubungan pasien dengan keluarga sangat baik dan hubungan dengan tetangga cukup baik.</p> <p>Dengan tenaga kesehatan: Berkomunikasi dengan cukup baik dengan perawat maupun bidan.</p> <p>Dengan sesama pasien: berinteraksi dengan cukup baik dengan sesama pasien.</p>																																								
1	Data Spiritual																																								
1	<ul style="list-style-type: none"> - Keyakinan dan makna hidup: pasien yakin bahwa akan cepat sembuh dan kembali ke rumah. - Autoritas dan pembimbing: pasien mengatakan yang paling berperan adalah suami dan ibunya. - Pengalaman dan emosi: pasien mengatakan dapat mengendalikan emosinya. - Persepsi dan komunitas: pasien mengatakan telah bertubuhan baik dengan lingkungan sekitar. - Ritual dan ibadah: pasien mengatakan bahwa dalam keadaan seperti ini, pasien tetap melaksanakan shalat 5 waktu. - Dorongan dan pertumbuhan: pasien beribadah karena percaya akan adanya Tuhan dan ajaran agama Islam. 																																								
1	Data Penunjang No. RA - 2013 / 16 : 54																																								
2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Parameter</th> <th>Hasil</th> <th>Referensi</th> <th>Nilai Normal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HEMATOLOGI</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglobin</td> <td>12.6</td> <td>g/dl</td> <td>11.7 - 15.5</td> </tr> <tr> <td>Hematokrit</td> <td>36.5</td> <td>%</td> <td>35.0 - 47.0</td> </tr> <tr> <td>Eritrosit</td> <td>4.24</td> <td>$10^{12}/L$</td> <td>3.8 - 5.1</td> </tr> <tr> <td>MCV</td> <td>86.3</td> <td>fL</td> <td>82 - 101</td> </tr> <tr> <td>MCH</td> <td>34.7</td> <td>pg</td> <td>26 - 34</td> </tr> <tr> <td>MCHC</td> <td>39.9</td> <td>g/dL</td> <td>32 - 36</td> </tr> <tr> <td>Transferrin</td> <td>106</td> <td>$10^3/L$</td> <td>100 - 440</td> </tr> <tr> <td>IFP</td> <td>5.7</td> <td>%</td> <td>0 - 6.5</td> </tr> </tbody> </table>	Parameter	Hasil	Referensi	Nilai Normal	HEMATOLOGI				Hemoglobin	12.6	g/dl	11.7 - 15.5	Hematokrit	36.5	%	35.0 - 47.0	Eritrosit	4.24	$10^{12}/L$	3.8 - 5.1	MCV	86.3	fL	82 - 101	MCH	34.7	pg	26 - 34	MCHC	39.9	g/dL	32 - 36	Transferrin	106	$10^3/L$	100 - 440	IFP	5.7	%	0 - 6.5
Parameter	Hasil	Referensi	Nilai Normal																																						
HEMATOLOGI																																									
Hemoglobin	12.6	g/dl	11.7 - 15.5																																						
Hematokrit	36.5	%	35.0 - 47.0																																						
Eritrosit	4.24	$10^{12}/L$	3.8 - 5.1																																						
MCV	86.3	fL	82 - 101																																						
MCH	34.7	pg	26 - 34																																						
MCHC	39.9	g/dL	32 - 36																																						
Transferrin	106	$10^3/L$	100 - 440																																						
IFP	5.7	%	0 - 6.5																																						

Revisi/No	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hitung jenis leukosit			
Basofil	0.2	%	0-1
Eosinofil	0.1	%	0-4
Neutrofil	54.5	%	40.0-70.0
Limfosit	2.0	%	20-40
Monosit	3.4	%	2-8
Total Basofil	0.06	$10^3/\mu\text{l}$	0.01-0.05
Total Eosinofil	0.07	$10^3/\mu\text{l}$	0.01-0.40
Total Neutrofil	28.60	$10^3/\mu\text{l}$	2.10-8.80
Total Limfosit	0.60	$10^3/\mu\text{l}$	1.26-3.35
Total Monosit	1.03	$10^3/\mu\text{l}$	0.20-0.95
Neutrofil Limfosit Ratio	47.82	$10^3/\mu\text{l}$	0.20-0.95

1 Data Therapi

Nama obat	Dosis	Waktu pemberian
Ceftriaxone	2 x 1g2 (R)	OP
Metonidazole	3 x 500	OP
Koliprofen	2x1	OP
eripuo	2x1	OP
PCT	3x1	OP
GF	1x1	OP

2. Data Bayi

1. Identitas Bayi - Nama bayi: <u>Bj. Kkj. N</u> - Jenis kelamin: _____ - Tanggal Lahir / Jan Lahir: _____ - No Registrasi: _____ - Berat Badan (BB)/Panjang Badan (PB): _____ - Hari/tanggal pengkajian: _____																							
2. APGAR SKORE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Kriteria</th> <th style="text-align: center;">1 menit</th> <th style="text-align: center;">5 menit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Appearance (colour = warna kulit)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulse (heart rate = denyut nadi)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grimace (refleks terhadap rangsangan)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Activity (tonus otot)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respiration (usaha bernafas)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jumlah</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Kriteria	1 menit	5 menit	Appearance (colour = warna kulit)			Pulse (heart rate = denyut nadi)			Grimace (refleks terhadap rangsangan)			Activity (tonus otot)			Respiration (usaha bernafas)			Jumlah		
Kriteria	1 menit	5 menit																					
Appearance (colour = warna kulit)																							
Pulse (heart rate = denyut nadi)																							
Grimace (refleks terhadap rangsangan)																							
Activity (tonus otot)																							
Respiration (usaha bernafas)																							
Jumlah																							
3. Pemeriksaan Fisik Kesadaran: Menangis / Tidur nyenyak / Tidur dengan gerakan mata yang tepat (<i>REM, rapid eye movement</i>) / Aktif – Sadar / Tenang – Sadar / <i>Transisional</i> Tanda-tanda vital - Suhu: _____ ^o C Nadi: _____ x/menit Pernafasan: _____ x/menit Tekanan Darah: _____ mmHg Karakteristik Khusus Neonatus - Kepala: _____, dari panjang tubuh keseluruhan - Lingkar kepala: _____ cm, <i>Molding</i> : _____, <i>Fontanel anterior</i> : _____ cm <i>Fontanel posterior</i> : _____ cm - Kulit: _____, <i>Vernik kaseosa</i> : _____, <i>Milia</i> : _____, <i>Lanugo</i> : _____ <i>Eritema tokokan</i> : _____, <i>Bercak mongol</i> : _____, <i>Tanda lahir (Nevi)</i> : _____ <i>Rterak</i> : _____ - Rambut: _____, bulu mata: _____, <i>Alis</i> : _____ - Kuku jari: _____																							
4. Payudara - Bayi laki-laki: _____ - Bayi perempuan: _____																							
5. Genitalia - Bayi laki-laki: _____ - Bayi perempuan: _____																							
6. Reflek normal pada bayi lahir <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Refleks pelindung:</td> <td style="width: 50%;">Refleks makan:</td> </tr> </table>			Refleks pelindung:	Refleks makan:																			
Refleks pelindung:	Refleks makan:																						

<ul style="list-style-type: none"> - Moro: _____ - Tonus leher: _____ - Menggengam: _____ - Mata berkedip: _____ - Menangis: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> - Menghisap: _____ - Rooting: _____ - Menelan: _____ - Gag: _____
Refleks bernafas <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan pernafasan: _____ - Bersin: _____ - Batuk: _____ 	Indera Khusus: <ul style="list-style-type: none"> - Sernuhan, rasa sakit, tekanan: _____ - Penciuman: _____ - Pengecapan: _____ - Pendengaran: _____ - Penglihatan: _____

E. Analisa Data

No.	Data	Kemungkinan penyebab	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh nyeri di bagian perut - pasien mengeluh lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat bekas luka post op sectio caesarea - panjang luka sepanjang 10cm 	<p>Sectio Caesarea</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan sekunder terhadap luka operasi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut

<ul style="list-style-type: none"> - Mera: - Tonus leher: - Menggengam: - Mata berkedip: - Menangis: 	<ul style="list-style-type: none"> - Menghisap: - Rooting: - Menelan: - Gag:
Refleks bernafas <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan pernafasan: - Bersin: - Batuk: 	Indera Khusus: <ul style="list-style-type: none"> - Sentuhan, rasa sakit, tekanan: - Penciuman: - Pengecap: - Pendengaran: - Penglihatan:

E. Analisa Data

No.	Data	Kemungkinan penyebab	Masalah
1.	DS: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh nyeri dibagian perut - pasien mengeluh lemas DO: <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat bekas luka post operasi caesarea - panjang luka sepanjang 10cm 	Sekali Caesarea ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan sekunder terhadap luka operasi ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

<ul style="list-style-type: none"> - nyeri berada di skala 7 (1-10) - TD: 120/80 mmHg - N: 80x/menit - S: 36,8°C - R: 21x/menit 		
<p>2-</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak mengetahui persawitan post operasi sectio caesera - pasien mengatakan belum tau mengenai cara mengatasi nyeri. <p>DO:</p>	<p>inisiasi pembedahan</p> <p>↓</p> <p>kurang terpapar informasi mengenai persawitan tua post sc</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	<p>Defisit Pengetahuan</p>

2.	<p>DS:</p> <p>- pasien menyatakan belum mengetahui perawatan post sc</p>	<p>kurangnya informasi yang didapat</p> <p>↓</p> <p>insisi pembedahan</p> <p>↓</p> <p>kurang terpapar informasi mengenai perawatan post sectio caesarea</p> <p>↓</p> <p>defisit pengetahuan</p>	Defisit pengetahuan
3.	<p>DO:</p> <p>DS:</p> <p>- Ibu mengatakan belum pernah mengalami operasi sectio caesarea sebelumnya</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka insisi pada abdomen ± 10cm, jernih, transparen, prepupa 2. keadaan luka bersih dan terutup bawha 	<p>sectio caesara</p> <p>↓</p> <p>luka post-operasi</p> <p>↓</p> <p>jarangan terluar</p> <p>↓</p> <p>peroksi kering</p> <p>↓</p> <p>invasi bakteri</p> <p>↓</p> <p>resiko infeksi</p>	Resiko Infeksi (0.8147)

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan skala nyeri berada di angka 7 (1-10).
2. Defisit pengetahuan : perawatan post operasi sectio caesarea berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan post operasi sectio caesarea.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakefektifan pertahanan tubuh. Primer ditandai dengan terdapat luka bekas pat operasi.

III. PERENCANAAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan skala nyeri pasien 7 (1-10).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 4 jam di harapkan nyeri pasien dapat teratasi dengan terlewat malam.</p> <p>1. pasien menyatakan nyeri berkurang.</p> <p>2. skala nyeri berkurang.</p> <p>3. pasien dapat mengontrol nyeri.</p> <p>4. pasien mampu mengidentifikasi nyeri (skala, intensitas, lokasi dan tanda nyeri).</p> <p>5. Menunjukkan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</p>	<p>1. Diskusikan TVV.</p> <p>2. Kaji nyeri secara komprehensif (luas, karakteristik, durasi, frekuensi).</p> <p>3. kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>4. Ajarkan teknik non farmakologi yaitu Latihan mobilisasi.</p> <p>5. Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>6. Edukasi pasien / health promotion cara untuk mengurangi nyeri.</p> <p>7. Berikan posisi semi Fowler.</p> <p>8. Ajarkan latihan berjalan.</p> <p>9. Ajarkan pasien untuk menghindari tempat tidur.</p>	<p>1. Mengetahui kondisi umum pasien.</p> <p>2. Mengetahui tingkat / skala nyeri yang pasien rasakan.</p> <p>3. Mengetahui apa yang memengaruhi nyeri yaitu luka operasi.</p> <p>4. Mobilisasi dapat mengurangi tingkat nyeri dengan akan pergerakan sehingga tidak terjadi kaku pada pasien.</p> <p>5. Penjelasan analgesik dapat mengurangi rasa nyeri.</p> <p>6. Mengetahui cara - cara untuk dapat mengontrol nyeri.</p>
2.	Defisit pengetahuan perawatan post operasi scottis disebabkan kurangnya informasi tentang perawatan post operasi scottis caesarea.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat dengan terlewat malam.</p> <p>1. pasien dapat melampaui masa transisi purnama dengan pengetahuan dan kondisinya.</p>	<p>1. Identifikasi kebutuhan penyaji dengan cara yang tepat.</p> <p>2. Lakukan health promotion mengenai penanganan ibu post partum scottis caesarea.</p> <p>3. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien.</p>	<p>1. Mendapatkan pengetahuan mengenai penanganan menyusui yang tepat.</p> <p>2. Menambuh info yang tentang kondisi pasien.</p> <p>3. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien.</p>

		<p>3. pasien akan melakukan semua prosedur yang dijelaskan secara benar.</p> <p>5. pasien akan melakukan semua tindakan yang dijelaskan oleh perawat.</p>	<p>dan melakukan semua yang diinstruksikan.</p>	
3.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan perawatan mulut primer dilakukan dengan adanya luka bekas fistula lipasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan dan tindakan keperawatan 8 jam dicatat ada tanda-tanda infeksi sebagai kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasiun terbelak dan terbelak seperti infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk menggerakkan artikulasi infeksi - menunjukkan perilaku hidup sehat dan bersih. 	<p>(rencana tindakan infeksi (RITAS))</p> <p>1. Monitor tanda-tanda infeksi dan level sistematis</p> <p>2. Berikan perawatan mulut pada area edema</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan sekitar</p> <p>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien terdapat infeksi.</p> <p>5. Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Anjurkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>8. Anjurkan mengonsumsi makanan bergizi.</p>	<p>1. Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi</p> <p>2. Anjurkan pasien tetap aman dari bakteri lainnya</p> <p>3. Perawatan kulit bertujuan untuk tetap bersih dan tidak terjadi infeksi.</p> <p>4. Meminimalisir virus/bakteri pada area sekitar luka bekas fistula</p> <p>5. Pasien dapat mencuci tangan dengan sabun</p> <p>6. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Mensterilkan bila pasien ingin memasuki luka di rumah</p> <p>8. Pasien nutrisi baik bisa membantu penyembuhan luka dengan cepat.</p>

IV. PELAKSANAAN

No.	Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	12 April 2023 10.30	1	Mengobservasi TTV G/ TD : 10 / 70 mmHg N : 80x/menit S : 36,2°C SpO ₂ : 97%	<i>[Signature]</i>
2.	13.00	1	Mengkaji nyeri secara nomor, lokasi, karakter, durasi dan frekuensi E/pasien mengatakan lokasi nyeri berada di bagian perut sekitar bekas luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 7 (1-10)	<i>[Signature]</i>
3.	13.30	1	Mengkaji Hg dan klember nyeri untuk menentukan intervensi E/pasien mengatakan nyeri terasa akibat luka operasi setra cesarea.	<i>[Signature]</i>
4.	13.45	1	Mengajarkan teknik non- farmakologi yaitu mobilisasi aliran darah dan istirahat E/pasien memahami nyeri, pasien kooperatif.	<i>[Signature]</i>
5.	14.15	3	Memonitor tanda dan gejala infeksi E/klien terlihat tenang 10 mm dan bersih	<i>[Signature]</i>
6.	14.30	3	Membantu jumlah pernapasan E/pasien bernapas dengan baik	<i>[Signature]</i>
7.	13 April 2023 14.30	1	Mengkaji nyeri secara kompre- hensif E/pasien mengatakan setelah melakukan jalan - jalan skala nyeri menjadi 5.	<i>[Signature]</i>
8.	15.30	1	Mengobservasi TTV G/ TD : 120 / 80 mmHg N : 88/menit S : 36,2°C	<i>[Signature]</i>

4.	16.30	1	Memberikan pasien posisi semi Fowler E/pasien kooperatif	Al
5.	18.30	1	Mengajarkan teknik tus. Far makologi yaitu mencuci tangan dan sir.	Al
			E/pasien sudah mulai bisa minggir kanan dan kiri mandiri.	Al
6.	19.30	1	Memberikan health promotion mengenai cara mencuci tangan E/pasien paham dan dapat menjelaskan ulang kepada perawat.	Al
7.	19.50	1	Mengajarkan pasien duduk dipangku tempat tidur E/pasien kooperatif	Al
8.	20.15	1	Mengajarkan pasien berjalan di dalam ruangan	Al
9.	20.50	3	Memantau tanda dan gejala stroke seperti: E / tidak terbagi tanda risiko stroke.	Al
10.	21.00	1	Mengajar pasien secara komprehensif (posisi, komunikasi, nutrisi dan teknik) E/pasien menjelaskan materi sudah berlangsung sendiri skala 4. (1-10)	Al
11.	09.30	1	Mengajarkan TTV E/ TD: 120/80 S: 38.5°C N: 24/menit, 29.7°	Al
12.	11.00	1	Mengajarkan pasien berjalan E/pasien sudah mulai bisa berjalan tanpa terlihat bantu.	Al
13.	12.30	2	Mengajarkan kembali mengenai pemrosesan dengan cara tepat E/pasien paham dan menjelaskan perawat.	Al

5.	15.00 15.00-15.30 15.30	3	Membantu perawatan kulit dan kester linen E/ menggosok balok Mm Pef-op, keadaannya kering dan baik.
6.	15.15 15.15-15.30 15.30	3	Mempertahankan teknik asepsis pada partur E/ membantu handsoon saat hendak menggosok balok atau membantu linen partur.
7.	15.25	3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan partur E/ partur tampak tenang
8.	15.30	3	Mengajarkan teknik dan gaya mencuci E/ pasien paham dan dapat mengikuti penjelasan.
1	15 April 2023 Ctome visit 16.00	1	Mengobservasi TTV E/ TD: 120/80 mmHg N: 70/menit S: 36,5°C RR: 20%
2.	16.15	1	Mengukur suhu secara komprehensif (luka, karies, infeksi, darah, demam) E/ pasien mengatakan nyeri di area tidak beraturan. Skala nyeri 3 (3-4).
3.	16.20	1	Mengajarkan teknik bertalar E/ pasien sudah bisa berjalan tanpa dibantu/dibopong
4.	16.35	2.	Melakukan health promotion mengenai perawatan post-ik E/ pasien sudah paham dan dapat menjelaskan ulang
5.	16.45	3	Mengajarkan meniscatkan asupan nutrisi E/ pasien sudah menerapkan makanan tinggi protein setiap harinya.

6.	10.55	3.	Mengunjungi cara memeriksa luka operasi di rumah E/ pasien mengatakan luka operasi tidak pernah terkenai air
1.	10 April 2013 (Homevisit) 11.00	1.	Mengobrolkan TTV E/ TD: 110/90 mmHg N: 90/menit S: 35.1°C
2.	11.10	3.	Memantau tanda gejala infeksi operasi E/ tidak terdapat tanda infeksi pada bidang luka.
3.	11.25	3.	Menganjurkan asupan nutrisi untuk di- tingkatkan E/ pasien paham
4.	11.45	1.	Mengatasi nyeri dengan kompres dingin dengan parasetamol E/ pasien mengatakan nyeri berkurang tidak terasa, berada skala 3 (1-10)
5.	11.55	1.	Memberikan health promotion untuk mengurangi nyeri E/ pasien paham dan sangat bersyukur sangat
6.	12.05	2.	Memberikan pujian tentang tingkah pangreh/ah pasien E/ pasien sangat sangat

V. EVALUASI

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Senin, 16 April 2023 15.00	1	<p>S: Klien mengatakan bahwa nyeri pada bekas luka operasi sudah mulai berkurang, tetapi jika berpindah dari posisi tidur ke posisi duduk, nyeri akan terasa namun hanya ada pada skala 2 (1-10).</p> <p>O: - klien tampak nyaman - skala nyeri 5 (1-10). - TD: 110/70 mmHg - N: 90x/menit - J: 35,3°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I - Identifikasi ulang lokasi, karakteristik, tingkat dan skala nyeri - Identifikasi ulang respon nyeri non verbal. - Monitor TTV - Kaji ulang kemampuan pasien aktivitas - Jelaskan tujuan mobilisasi dini - Anjurkan pasien melakukan mobilisasi dini.</p> <p>E - TTV pasien dalam batas normal - pasien mampu melakukan mobilisasi dini - pasien diberikan obat sesuai indikasi dan pasien minum obatnya.</p> <p>R:</p>	

13.30	2	<p>S: Pasien mengatakan sudah mengerti dan bisa menyebutkan ulang semua health promotion yang diberikan oleh perawat saat di rumah sakit maupun di rumah saat home visit.</p> <p>O: pasien tampak paham</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>R: Intervensi dihentikan.</p> <p>I:</p> <p>E:</p> <p>R:</p>
-------	---	---

19-00	3	<p>S: pasien mengatakan mengerti dan memahami tanda dan gejala serta infeksi (kemungkinan pada gigi, bibir, pembengkakan, lidah, cairan / nanah dan lain)</p> <p>O: - Pasien mampu mencuci tangan yang baik dan benar sesuai dengan apa yang diajarkan oleh perawat. - pasien mau mengikuti anjuran dari perawat untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. - Lidah operasi terlihat pucat. - Tidak ada tanda infeksi. - Marahah belum terdapat</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <p>I: - Monitor tanda dan gejala infeksi - Anjuran untuk menjaga kebersihan diri - Anjuran meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. - Lanjutkan pemberian diet (Lactaid) 1x 20 ml</p> <p>R: - pasien mengatakan mengerti dan memahami tanda gejala infeksi - Lidah terlihat pucat, tidak ada kemerahan, pembengkakan - pasien menyatakan perihnya sudah sehat.</p>
-------	---	---

Lampiran 8 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

a. RSUD Kota Bandung ruang Aster (12-14 April 2023)



b. Home visit (15-16 April 2023)



Lampiran 9 Jadwal Bimbingan

No	Tahap Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan																		
		Januari	Februari				Maret				April				Mei				Juni	
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	
1	Pemilihan tema penelitian																			
2	Pengerjaan bab 1 pendahuluan																			
3	Pengumpulan Artikel, jurnal, dan bahan bacaan																			
4	Pengerjaan Bab 2 Kajian Literatur																			
5	Pengumpulan Bab 1 pendahuluan dan Bab 2 Kajian Literatur																			
6	Pengerjaan Bab 3 Metodologi Penulisan																			
7	Ujian seminar proposal KTI																			

Lampiran 10 Lembar Bimbingan KTI Pembimbing Utama

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Putri Angistha
 NIM : 117320110061
 Nama Pembimbing: Bani Sakti, SKM., MKM.
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Myx-PrAc Dengan Myerit Acut Pada Ibu Post Partum Sectio Caesaria TUGAS Di Ruang Asor Rumah Sakit Umum Daerah Kramat Bandung Tahun 2022.

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Kamis 02/02/2023	Pengertian mukul; BAB 2	Perbaiki sesuai pedoman		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 1960127 198012 2002
2.	Jumat 24/02/2023	Konsultasi BAB 3-5	Perbaiki sesuai pedoman		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 1960127 198012 2002
3.	Selasa 28/02/2023	Konsultasi BAB 3-5	Perbaiki sesuai pedoman		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 1960127 198012 2002
4.	Jumat 11/02/2023	Konsultasi Bab 1-5.	Perbaiki sesuai pedoman		 Bani Sakti, SKM., MKM. NIP. 1960127 198012 2002

Lampiran 11 Lembar Bimbingan Pembimbing Pendamping

Lampiran 15. Lembar Bimbingan Tugas Akhir/KTI

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa: Dita Ajathira Negeri Fitriyani
 NIM: 191220120061
 Nama Pembimbing: Dr. Kristiyan, S.Pd., M.Kep
 Judul KTI: Asuhan Keperawatan Nyeri & Rasa Dengan Nyeri Akut Pada Ibu Post Partum Setelah Caesarea Prolifera Di Ruang Ateror Rumah Sakit Liris Operasi Kritis Bandung Tahun 2015

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Jum 01 29/01 2015	Konsultasi judul	menyari masalah yang umum terjadi di rumah sakit dan partum	Amel	Amel
2	Kamis 06/02 2015	BAB 1	penyakit per-ferogist home rumah-rang, pada masa kehamilan dan persalinan ke bab 1	Amel	Amel
3	Kamis 07/02 2015	BAB 2	tentang nyeri manajemen nyeri di bab 2	Amel	Amel
4	Kamis 02/02 2015	BAB 3	keperawatan	Amel	Amel
5	Rabu 24/02 2015	BAB 1-3	keperawatan per-ferogist per-ferogist	Amel	Amel
6	Senin 02/03/2015	ACC selesai		Amel	Amel