

Lampiran 1: *Informed Consent*

1

Lampiran 1: *Informed Consent*

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Janatun Firdaus Muniroh
Umur : 25 tahun
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jl let Suwaji No 34 02/01 Dondong Kesugihan

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

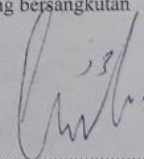
Nama Mahasiswa : Resti Dwi Anggraeni
NIM : 106122039

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 13 Juni 2025

Yang bersangkutan



(Nama:)

351B Janatun

Lampiran 2: SOP Perawatan Luka

Perawatan Luka Pascaoperasi <i>Sectio Caesarea</i>	
1. Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk merawat luka post <i>sectio caesarea</i> untuk mencegah terjadinya infeksi.
2. Tujuan	Sebagai acuan agar luka post <i>sectio caesarea</i> menjadi kering, sembuh dan terhindar dari infeksi.
3. Prosedur	<p>Alat dan bahan</p> <ol style="list-style-type: none"> Pinset anatomi steril 1 set Pinset sirugis steril 1 set Bak instrumen Sarung tangan steril 2 set Bengkok Plester Gunting Kassa steril NaCL <p>Langkah-langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> Perawat mengucapkan salam dan memperkenalkan diri Perawat menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan Mendekatkan alat ke pasien dan menutup tirai Memposisikan pasien dengan posisi terlentang Mencuci tangan Memakai sarung tangan steril Melepaskan plester atau verpan Periksa kondisi luka Membersihkan luka dengan cairan NaCl memakai pinset dengan depres satu kali usap dari arah dalam keluar dan dibuang kebengkok dan ulangi sampai bersih Keringkan luka dengan kassa kering Beri antiseptik atau salep pada bekas luka operasi Tutup luka dengan kassa steril Fiksasi dengan plester Lepaskan sarung tangan Rapikan alat dan mencuci tangan.

Lampiran 3: SOP *Vulva hygiene*

<i>Vulva hygiene</i>	
1. Pengertian	<i>Vulva hygiene</i> merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan organ kewanitaan bagian luar (vulva) yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan dan mencegah infeksi
2. Tujuan	Sebagai acuan agar luka post <i>sectio caesarea</i> menjadi kering, sembuh dan terhindar dari infeksi.
3. Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> a. Bak instrumen b. Sarung tangan c. Bengkok d. Selimut mandi e. Perlak pengalas f. Kresek kuning g. Pispot h. Baskom i. Kapas
4. Prosedur	<p>FASE PRA INTERAKSI</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Cek program pengobatan klien 2. Menyiapkan alat <p>FASE ORIENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Menanyakan kesiapan klien <p>FASE KERJA</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Memasang sampiran/menjaga privacy 3. Memasang selimut mandi 4. Mengatur posisi pasien dorsal recumbent 5. Memasang alas dan perlak dibawah pantat

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Membuka celana dan pembalut dilepas bersamaan dengan pemasangan pispot, sambil memperhatikan lochea. Celana dan pembalut dimasukkan dalam tas plastic yang berbeda 7. Pasien diminta BAK/BAB 8. Perawat memakai sarung tangan kiri 9. Mengguyur vulva dengan air matang 10. Pispot diambil 11. Mendekatkan bengkok ke dekat pasien 12. Memakai sarung tangan kanan, kemudian mengambil kapas basah. Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri 13. Membersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestibulum, perineum. Arah dari atas ke bawah dengan kapas basah (1 kapas, 1 kali usap) 14. Memasang celana dalam dan pembalut 15. Mengambil alas, perlak dan bengkok 16. Merapikan pasien, mengambil selimut mandi dan memakaikan selimut pasien <p>FASE TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan dan kembalikan alat 4. Mencuci tangan 5. Mendokumentasikan tindakan
--	---

Sumber: (Perdoman et al., 2022)

Lampiran 4: SOP Perawatan Kateter Wanita

NO	Prosedur Perawatan Kateter Wanita
A	FASE PREINTERAKSI
1	Cek program perawatan kateter
2	Menyiapkan alat
B	FASE ORIENTASI
1	Memberi salam/ menyapa klien
2	Memperkenalkan diri
3	Menjelaskan tujuan tindakan
4	Menjelaskan langkah prosedur
5	Menanyakan kesiapan pasien
C	FASE KERJA
	Mengucap basmallah
1	Mencuci tangan
2	Memasang sampiran/menjaga privasi
3	Mengatur posisi dorsal recumbent dan melepas celana
4	Memasang perlak dan alasanya
5	Meletakkan bengkok dekat vulva
6	Memakai hand scoen dan mengambil kapas basah
7	Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri
8	Membersihkan vulva dengan kapas basah sekali usap
9	Memastikan posisi kateter terpasang dengan benar (menarik dengan hati-hati kateter tetap tertahan)
10	Memberikan desinfektan dengan lidi kapas pada orifisium
11	Melepas pengalas dan sarung tangan
12	Merapihkan pasien
13	Merapihkan alat
14	Mencuci tangan
	Mengucap hamdallah
D	FASE TERMINASI
1	Melakukan evaluasi tindakan
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut
3	Berpamitan

Lampiran 5: Tools Perawatan Luka



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PERAWATAN LUKA BERSIH

Nama :

NIM :

Tanggal :

Observer :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program perawatan luka bersih	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	FASE KERJA			
	Mengucapkan basmallah			
1	Mencuci tangan	2		
2	Memasang sampiran/menjaga privasi	2		
3	Memasang pernak dan alasanya	2		
4	Membuka peralatan	2		
5	Mendekatkan bengkok	3		
6	Memakai hand scoen	3		
7	Membasahi plester dengan alkohol atau bensin	3		
8	Membuka balutan luar	3		
9	Membersihkan sekitar luka dari sisa plester	5		
10	Membuka balutan dalam	5		
11	Menekan sekitar luka untuk mengetahui ada tidaknya pus	10		
12	Membersihkan luka dengan NaCl	10		
13	Mengeringkan dengan kassa	5		
14	Melakukan kompres desinfektan (NaCl)	10		
15	Menutup luka dengan balutan	8		
16	Merapihkan pasien	3		

17	Merapihkan alat	2		
18	Mencuci tangan	2		
	Mengucapkan Hamdallah			
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Standar kelulusan nilai 75

Observer,

()

Lampiran 6: Tools *Vulva hygiene***UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP**

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

**PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN
PERAWATAN KATETER WANITA**

NAMA :
NIM :

TANGGAL :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program perawatan kateter	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	4		
4	Menjelaskan langkah prosedur	4		
5	Menanyakan kesiapan pasien	4		
C	FASE KERJA			
	Mengucap basmallah			
1	Mencuci tangan	4		
2	Memasang sampiran/menjaga privasi	4		
3	Mengatur posisi dorsal recumbent dan melepas celana	6		
4	Memasang perlak dan alasanya	4		
5	Meletakkan bengkok dekat vulva	4		
6	Memakai hand scoen dan mengambil kapas basah	6		
7	Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri	10		
8	Membersihkan vulva dengan kapas basah sekali usap	10		
9	Memberikan desinfektan dengan lidi kapas pada orifisium	10		
10	Melepas pengalas dan sarung tangan	4		
11	Merapihkan pasien	4		
12	Merapihkan alat	4		
13	Mencuci tangan	4		
	Mengucap hamdallah			

C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standar
kelulusan
nilai 75

()

Lampiran 7: Tools Perawatan Kateter Wanita



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PERAWATAN KATETER WANITA

NAMA :
NIM :

TANGGAL :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program perawatan kateter	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	4		
4	Menjelaskan langkah prosedur	4		
5	Menanyakan kesiapan pasien	4		
C	FASE KERJA			
	Mengucap basmallah			
1	Mencuci tangan	4		
2	Memasang sampiran/menjaga privasi	4		
3	Mengatur posisi dorsal recumbent dan melepas celana	6		
4	Memasang perlak dan alasanya	4		
5	Meletakkan bengkok dekat vulva	4		
6	Memakai hand scoen dan mengambil kapas basah	4		
7	Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri	6		
8	Membersihkan vulva dengan kapas basah sekali usap	10		
9	Memastikan posisi kateter terpasang dengan benar (menarik dengan hati-hati kateter tetap tertahan)	10		
10	Memberikan desinfektan dengan lidi kapas pada orifisium	6		
11	Melepas pengalas dan sarung tangan	4		
12	Merapihkan pasien	4		
13	Merapihkan alat	4		

14	Mencuci tangan	4		
	Mengucap hamdallah			
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
3	Berpamitan	2		
	TOTAL	100		

Keterangan :

Observer,

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Standar
kelulusan
nilai 75

()

Lampiran 8: Format Pengkajian

12

Lampiran 8: Format Pengkajian

PENGKAJIAN POST NATAL

Nama Mahasiswa : Resti Dwi Anggraeni NIM : 106122039
 Tempat praktik : RST Fatimah Tanggal : 13 Juni 2025

A. PENGKAJIAN Jum'at 13/6 10.20 Arafah 3
 Pengkajian dilakukan pada hari tanggal jam Di ruang
 RSUD RST Fatimah

1. Data Umum

a. Identitas Klien :

Inisial klien : Ny. J
 Umur : 35 thn
 Alamat : Jl let Suwaji No 34 02/01 Dondong Kesugihan
 Pekerjaan : IRT
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Jawa
 Status Perkawinan : Menikah
 Pendidikan terakhir : SMA

a. Identitas Penanggung jawab

Nama : Imam Tantowi
 Umur : 35 thn
 Alamat : Jl let Suwaji No 34 02/01 Dondong Kesugihan
 Pekerjaan : Guru
 Agama : Islam
 Hubungan dg klien : Suami

2. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk RS Pasien datang ke IED RST 12 Juni 2025 06.04 WIB 51PoAo
UK 40 mng 4 hr, ketuban rembes, rawat HPL (9 Juni), 12 jam di IED tak ada
kemajuan pembukaan, induksi masih buka 2 (13 Juni), tmdn 13 Juni 12.40
dilakukan ST dan bayi lahir 13-15, perempuan 3.000 gr/48 cm

2. Riwayat Kesehatan Sekarang
Pasien mengatakan luka st sudah mulai terasa perih ceket-ceket, nyeri terasa
di seluruh bagian perut bawah, terasa jika badan geser shg pasien takut utk
bergerak, skala 4

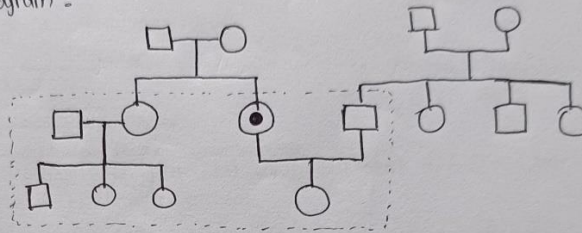
3. Riwayat Penyakit Dahulu
Pernah dirawat di RS saat SMA km kecelakaan dan luka di dahi kanan

pasien saat ini merasa lemas dan khawatir tgg luka operasinya dan
 mengatakan ASI keluar sedikit saat mencoba menyusui

4. Riwayat Penyakit Keluarga & Genogram

Tidak ada riwayat penyakit keluarga

Genogram :



3. Data Kesehatan

a. Data Obstetri

Nifas hari ke 1. P. 1. A. 0

Menarche 11 tahun

Menstruasi : Siklus 25-35 hari

Lama perdarahan 7 hari

Keluhan -

Status Anak

No	Tipe Persalinan	Jenis kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur anak sekarang
1	SC	Perempuan	3.000 gr	KPD, induksi 24 jam, lewat HPL	0

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ny. J rutin kontrol saat hamil ke bidan di Kediri sx
sampai UK 24 mng, saat di Cilacap kontrol 2x di PSI
tidak ada keluhan / komplikasi

c. Riwayat Persalinan Sekarang

Persalinan sekarang dgn SC karena KPD gagal induksi
24 jam dan lewat HPL

d. Laporan Operasi

Operasi SC tgl 13 Juni 2025 12.33 WIB
E3PoAo 40 mng 4 hr KPD gagal induksi 24 jam

e. Riwayat KB

Tidak memakai KB

f. Rencana KB

Belum ada rencana KB

4. Pola Fungsional menurut Gordon

a. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Ny. J mengatakan jika sakit akan beli obat di apotik dan periksa ke Puskesmas terdekat

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Ny. J mengatakan tidak ada keluhan nafsu makan sblm & selama hamil. BB sblm hamil 71 kg, selama hamil 87 kg, TB 155 cm

c. Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAB normal 3-4x / minggu, BAK 3-5x / hari

Selama hamil : BAB tidak ada perubahan, BAK tidak ada perubahan

Setelah melahirkan : BAB (-), BAK : 200 ml urine bag (5 jam)

d. Pola aktivitas dan latihan

Pola Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan-minum	✓				
Mandi		✓			
Berpakaian		✓			
BAB/BAK	✓				
Mobilisasi		✓			

Ket : 0 = Mandiri

1 = dengan bantuan orang lain

2 = dengan bantuan alat

3 = dengan bantuan alat dan orang lain

4 = ketergantungan penuh

e. Pola kognitif perseptual

Kognitif : normal tak ada keluhan, daya ingat baik

Halusinasi : tidak ada

f. Pola persepsi diri

Citra tubuh : Ny. J mengatakan tak malu dgn bentuk tubuhnya

Identitas : Ny. J mengenal dirinya dgn baik

Ideal diri : Ny. J bersyukur dgn kondisinya saat ini

Peran diri : Ny. J mengatakan perannya sbg istri dan ibu

Harga diri : Ny. J menjaga barga dirinya

g. Pola seksualitas dan reproduksi

Tidak terakaji

h. Pola mekanisme koping dan toleransi stress

Koping : Ny. J selalu bercerita dgn suami jika ada masalah dan berdiskusi menyelesaikannya

i. Pola istirahat - tidur

Toleransi stress : Ny. J jika merasa bosan akan ngobrol dgn kakaknya
Ny. J mengatakan tak ada perubahan dalam pola tidur selama sebelum hamil dan setelah melahirkan (H1)
Tidur 6-7 jam / hari

j. Pola nilai dan keyakinan

Ny. J mengatakan beragama Islam dan melakukan solat 5 waktu

k. Pola hubungan peran

Ny. J mengatakan berhubungan baik dgn semua anggota keluarganya

5. Data Psikososial

a. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)

Ny. J masih pada tahap taking in (hari 1 dan 2), masih bergantung dgn orang lain dan memerlukan bantuan dalam perawatan diri dan bayi

b. Bounding Attachment

Ny. J sudah rawat gabung dgn bayinya, sudah mencoba utk menyusui bayinya, bayi tampak tenang dan tidak rewel saat di gendong ibunya

6. Pemeriksaan Fisik

a. Data Klinis

1) Keadaan umum : Baik

2) Kesadaran : compos mentis

3) Tanda-tanda vital : TD 122/76 mmHg

Suhu 36.5 °C

Nadi 95 x / menit

RR 20 x / menit

b. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Kepala

Ada bekas luka di dahi kanan

- 2) Rambut
Hitam panjang, bersih, tidak rontok
- 3) Mata
Gangguan penglihatan (-), simetris bulat, sklera putih
kantong mata sedikit terlihat
- 4) Hidung
Bersih tidak ada sekret, tidak lecet
penciuman normal
- 5) Mulut dan tenggorokan
Mulut bersih, gigi karies (-), tonsil (-)
nyeri menelan (-)
- 6) Telinga
Pendengaran normal, tidak ada sekret
- 7) Leher
Pembesaran kelenjar tiroid (-), luka (-)
- 8) Dada → tidak ada riwayat penyakit jantung
Simetris, puting menonjol, areola dan sekitar payudara bersih
ASI keluar sedikit, tidak ada pembengkakan
- 9) Payudara : Keadaan umum....., puting menonjol, ASI sudah
keluar/~~belum~~
- 10) Abdomen
Keadaan : lambek distensi / lain-lain ada luka s.c, melintang 13 cm
Fundus Uteri : Tinggi 10 2 jari dibawah pusat
Posisi di bawah pusat
Kontraksi sedang
Diastasis rectus abdominis, panjang cm
lebar cm
- 11) Genitalia
Lochea rubra
➤ Jumlah : 1 pembalut
➤ Warna : merah gelap
➤ Konsistensi : cair ada gumpalan
➤ Bau : amis
➤ REEDA : -
Terpasang kateter urine

Hemorroid -

12) Ekstremitas : edema ... (- / -) ..., varises ... (- / -)
Tanda Homan's -

13) Integumen : Chloasma -

7. Data Penunjang dan terapi

Lab : 12 Juni 2025 06-39

Hemoglobin = 12,8 g/dL	Limfosit = 15,2 % *
Leukosit = 1.1250 10^3 /uL *	Monosit = 5,1 %
Hematokrit = 39,1 %	MCV = 81,3 fL
Trombosit = 342.000 10^3 /uL	MCH = 26,6 pg
Eritrosit = 4,8 10^6 /uL	MCHC = 32,7 %
Eosinofil = 3,8 %	Waktu perdarahan (BT) = 3 menit
Neutrofil = 75,4 % *	Waktu pembekuan (CT) = 8 menit
Basofil = 0,5 %	Gula darah sewaktu = 95 mg/dL
Rontgen/USG tidak ada	

Terapi : 14 Juni 2025

Inf RL 500 mL 20 tpm
Inj ketorolac 30 mg/ml
Asam mefenamat tab 500 mg (3x1)
Tablet tambah darah

8. Data Bayi


Lahir tgl 13 Juni 25 jam 13.15 WIB

Berat Badan 3.000 gram, Panjang Badan 48 cm perempikan

Lingkar Kepala cm, Lingkar Dada cm

Kelainan -

Analisa Data



No	Tanda & Gejala	Problem	Etiologi / Faktor Risiko
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny-J mengatakan luka post sc mulai terasa nyeri P = jahitan post operasi sc A = cekit - cekit R = seluruh bagian perut bawah S = skala 4 T = timbul saat badan geser dalam posisi tiduran <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak merangis, gelisah, bersikap protektif takut utk bergerak 	<p>Nyeri akut</p> <p>D. 0077</p>	<p>Agan pencedera fisik (prosedur operasi sc)</p>
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N-J mengatakan merasa lemas setelah melahirkan dan khawatir dgn bayinya karena anak pertama dan ASI nya baru keluar sedikit <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak bayinya tidak melekat pada payudara ibu dgn benar karena posisinya di samping terlalu ke bawah tidak sejajar dgn payudara ibu - Tampak ASI sbhl kiri menetes sedikit 	<p>Menyusui tidak efektif</p> <p>D. 0029</p>	<p>Ketidakadekuatan suplai ASI</p>
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny-J mengatakan BB sebelum hamil 71 kg dan selama hamil 87 kg TB 155 cm <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil IMT sebelum hamil : $29,6 \text{ kg/m}^2$ selama hamil : $36,2 \text{ kg/m}^2$ 	<p>Obesitas</p> <p>D. 0030</p>	<p>Kurang aktivitas fisik harian</p>
4	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada balutan luka jahit operasi sc di abdomen bawah melintang 13 cm - Terpasang kateter urine 	<p>Risiko infeksi</p> <p>D. 0142</p>	<p>Efet prosedur invasif (sc dan kateter urine)</p>

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi sc) dibuktikan dengan mengeluh nyeri pada luka post operasi sc, gelisah, tampak meringis, dan bersikap protektif
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan kelelahan dan kecemasan maternal, posisi bayi tidak melekat pada payudara ibu, ASI sebelah kiri menetes sedikit
3. Obesitas berhubungan dengan kurang aktivitas fisik harian dibuktikan dengan IMT $> 27 \text{ kg/m}^2$, sebelum hamil IMT $29,6 \text{ kg/m}^2$ dan selama hamil $36,2 \text{ kg/m}^2$
4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (sc & terpasang kateter urine)

Intervensi Keperawatan


No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI															
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi st) d.d mengeluh nyeri pada luka post operasi st, gelisah, tampak merangis, dan bersikap protektif	Tingkat Nyeri (L. 12 III) Setelah dilakukan tindakan kep selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Merangis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Ket : 1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun	Kriteria Hasil	IR	ER	Keluhan nyeri	3	5	Merangis	3	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	3	5	Manajemen Nyeri (I-08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yg memper- berat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yg sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam) - Kontrol lingkungan yg memper- berat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
Kriteria Hasil	IR	ER																
Keluhan nyeri	3	5																
Merangis	3	5																
Sikap protektif	3	5																
Gelisah	3	5																

No	Dx Perawatan	SLKI	SIKI																		
2	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI d.d kelelahan dan kecemasan maternal, posisi bayi tidak melekat pada payudara ibu, ASI sebelah kiri menetes sedikit	Status Menyusui (L-05029) Setelah dilakukan tindakan kep selama 1 x 24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perlekatan bayi pd payudara ibu</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kemampuan ibu memposisikan bayi dgn benar</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Suplai ASI adekuat</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kelelahan maternal</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kecemasan maternal</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Perlekatan bayi pd payudara ibu	2	5	Kemampuan ibu memposisikan bayi dgn benar			Suplai ASI adekuat	2	5	Kelelahan maternal	3	5	Kecemasan maternal	3	5	Edukasi Menyusui (I-12393) Observasi - Identifikasi kesiapan menerima informasi - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Libatkan sistem pendukung (suami) Edukasi - Berikan konseling menyusui - Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi - Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar - Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa - Ajarkan perawatan payudara postpartum (pijat oksitosin)
Kriteria Hasil	IR	ER																			
Perlekatan bayi pd payudara ibu	2	5																			
Kemampuan ibu memposisikan bayi dgn benar																					
Suplai ASI adekuat	2	5																			
Kelelahan maternal	3	5																			
Kecemasan maternal	3	5																			
		Ket : 1 = menurun 2 = cukup menurun 3 = sedang 4 = cukup meningkat 5 = meningkat 1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun																			

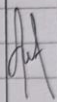
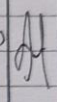
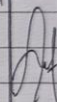

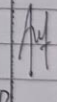
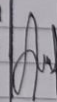
No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI									
3	Obesitas b.d kurang aktivitas fisik harian d.d IMT > 27 kg/m ² , sebelum hamil IMT 29,6 kg/m ² dan selama hamil 36,2 kg/m ²	Berat Badan (L. 03010) Setelah dilakukan tindakan kep selama 1 x 24 jam diharapkan berat badan membaik dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Kriteria Hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Berat badan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>IMT</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> Ket : 1 = memburuk 2 = cukup memburuk 3 = sedang 4 = cukup membaik 5 = membaik	Kriteria Hasil	IR	ER	Berat badan	2	5	IMT	2	5	Edukasi Berat Badan Efektif (I. 12365) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media edukasi - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya Edukasi - Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan - Jelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight) - Ajarkan cara mengelola berat badan secara efektif
Kriteria Hasil	IR	ER										
Berat badan	2	5										
IMT	2	5										

No	Dx Keperawatan	SLKE	SIFI												
4	Risiko infeksi d-d efek prosedur invasif (SC dan terpasang kateter urine)	Tingkat Infeksi (L-14137) Setelah dilakukan tindakan kep selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <table border="1"> <tr> <td>Kriteria Hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr> <tr> <td>Demam</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kemerahan</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> Ket : 1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun	Kriteria Hasil	IR	ER	Demam	4	5	Kemerahan	4	5	Nyeri	3	5	Pencegahan Infeksi (I-14539) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan
Kriteria Hasil	IR	ER													
Demam	4	5													
Kemerahan	4	5													
Nyeri	3	5													

Implementasi Keperawatan





No	Tgl / Jam	Dx Kep	Implementasi	Respon Pasien	Paras
1	13/6/25 18.40	3 1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri	S: Ny. J mengatakan nyeri di area bekas operasi sc P= nyeri jahitan post sc Q: sedikit - sedikit R: seluruh bagian perut bawah S = skala 4 T: hilang timbul jika bergerak O: Ny. J tampak meringis ketika bergerak dan bersikap protektif terhadap lukanya	Am
2	13/6/25 20.00	3 1	Mengidentifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri	S: Ny. J mengatakan jika gerak nyerinya semakin terasa dan juga saat dipegang O: Ny. J bersikap protektif terhadap lukanya	Am
3	13/6/25 20.00	3 1	Memberikan dan mengajarkan teknik nafas dalam utk mengurangi nyeri	S: Ny. J mengatakan memahami dan akan mencoba teknik nafas dalam, walaupun nyeri masih tidak berkurang tapi memberikan sedikit ketenangan O: Ny. J tampak melakukan nafas dalam dan tampak lebih relaks	Am
4	13/6/25 20.30	4	Melakukan implementasi vulva hygiene	S: Ny. J mengatakan ingin dibantu untuk berganti pembalut dan dilakukan vulva hygiene O: Ny. J tampak lebih nyaman setelah dilakukan vulva hygiene, kateter urin masih terpasang dan tidak bocor	Am

No	Tgl/Jam	Dx Kep	Implementasi	Respon Pasien	Paraf
5	14/6/25 09.00	5 1	Memberikan analgetik inj ketorolac 30 mg/ml dan memonitor TTV	S: Ny. J bersedia diberi obat dan dicek TTV O: Ny. J tampak kooperatif TD = 118/80 mmHg N = 88 x/menit S = 36.4 °C PP = 20 x/menit	
6	09.15	4	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik	S: Ny. J mengatakan masih merasa nyeri (+), demam (-) panas (-) pd luka operasi O: S = 36.7 °C	
7	14/6/25 10.00	2	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui	S: Ny. J mengatakan siap untuk menerima informasi memahami tujuan menyusui bayi dan akan selalu coba utle menyusui bayinya O: Ny. J bertanya dan ingin tau ttg menyusui bayi	
8	14/6/25 10.05	2	Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar (rugby hold)	S: Ny. J bersedia untuk diajarkan dan mempraktikkan O: Ny. J tampak berusaha melakukan posisi menyusui	
9	14/6/25 10.50	4	Melakukan implementasi vulva hygiene	S: Ny. J mengatakan tadi pagi sudah vulva hygiene oleh bidan dan saat ini ingin dilakukan kembali O: Ny. J tampak lebih nyaman setelah dilakukan tindakan	
10	14/6/25 11.30	3	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Menjelaskan hubungan asupan makanan, latihan dan peningkatan BB	S: Ny. J mengatakan paham dgn penjelasan dan akan menjaga pola makan serta melakukan aktivitas O: Ny. J tampak mengerti dan paham dgn informasi yg disampaikan	

No	Tgl / Jam	Dx Kep	Implementasi	Respon Pasien	Paraf
11	14/6/25 11-30	3	Menjelaskan risiko kondisi kegemukan	S : Ny. J mengatakan mengerti dgn kondisi tubuhnya saat ini & menjaga pola hidup untuk menghindari risiko penyakit dari kegemukan O : Ny. J tampak antusias bertanya	
12	14/6/25 13-15	4	Menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi	S : Ny. J mengatakan akan konsumsi makanan protein tinggi dan buah sayur serta kurangi karbo dan gula O : Ny. J tampak memantapkan informasi yang diberikan	

Evaluasi Keperawatan



No	Tgl / Jam	Dx Kep	Evaluasi SOAP	Paraf																				
1	13 / 6 / 25 20.15	3 1	<p>S : Ny. J mengatakan masih merasa nyeri di seluruh area perut bawah</p> <p>P = jahitan post operasi sc</p> <p>Q = cetit - cetit</p> <p>R = seluruh bagian perut bawah</p> <p>S = skala 4</p> <p>T = hilang timbul</p> <p>O : Ny. J tampak tersikap meminimalisir pergerakan agar tidak nyeri</p> <p>A :</p> <table><thead><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IP awal</th><th>IP akhir</th><th>ER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1). Ajaran teknik nafas dalam2). Kolaborasi analgetik (inj. Fentanyl)	Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER	Keluhan nyeri	3	3	5	Meringis	3	4	5	Sikap protektif	3	3	5	Gelisah	3	4	5	
Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER																					
Keluhan nyeri	3	3	5																					
Meringis	3	4	5																					
Sikap protektif	3	3	5																					
Gelisah	3	4	5																					
2	13/6/25 21.00	4	<p>S : Ny. J mengatakan ingin dilakukan ganti pembalut + vulva hygiene dan merasa nyaman setelah diganti</p> <p>O : Ny. J tampak nyaman setelah diganti, hasil lochea (H1) merah gelap, penuh satu pembalut (stlh 4 jam), S : 36,2 °C, kemerahan / rembes di jahitan (-)</p> <p>A :</p> <table><thead><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IP awal</th><th>IP akhir</th><th>ER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Demam</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemerahan</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1). Lakukan vulva hygiene (siang)2). Monitor tanda gejala infeksi	Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER	Demam	4	5	5	Kemerahan	4	5	5	Nyeri	3	3	5					
Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER																					
Demam	4	5	5																					
Kemerahan	4	5	5																					
Nyeri	3	3	5																					




No	Tgl/Jam	Dx Kep	Evaluasi SOAP	Paraf																
5	14/6/25 12.00	3	<p>S: Ny. J mengatakan paham dgn penjelasan dan akan menjaga pola makan serta melakukan aktivitas</p> <p>O: Ny. J tampak yakin akan menjaga berat badan agar tdk semakin bertambah</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IP awal</th> <th>IP akhir</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>IMT</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah obesitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1). Edukasi utk menjaga pola makan dan melakukan aktivitas di rumah</p>	Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER	Berat badan	2	2	5	IMT	2	2	5	Am				
Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER																	
Berat badan	2	2	5																	
IMT	2	2	5																	
6	14/6/25 13.30	4	<p>S: Ny. J mengatakan tidak merasakan demam menggigil / nyeri hebat di luka operasinya sebagai tanda gejala infeksi</p> <p>O: Keadaan tampak baik, luka op tidak rembes, tidak bau. S = 36,0 °C</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IP awal</th> <th>IP akhir</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1). Edukasi konsumsi makanan tinggi protein untuk mempercepat proses penyembuhan luka saat di rumah</p> <p>2). Konsul ke dokter jika ada keluhan</p>	Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER	Demam	5	5	5	Kemerahan	5	5	5	Nyeri	3	4	5	Am
Kriteria Hasil	IP awal	IP akhir	ER																	
Demam	5	5	5																	
Kemerahan	5	5	5																	
Nyeri	3	4	5																	


Lampiran 9: Lembar Konsultasi KTI

Pembimbing Utama : Bu Dewi

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK) Proposal (BAB 1-3)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	21/5/2025	- Tambahan data penelitian injeksi pau perlm di Indonesia. - Lanjut BAB 2.	
2	26/5/2025	- Sumber 5 - W tahun dari tahun ini (2025 → 2025). - Variasikan sumber / kutipan jangan quota 1 sumber terus maka - Buat paragraf teori - Tambahkan SOP parameter Lupa - Next Konsul Minggu!	
3	28/5/2025	Ada seminar proposal	






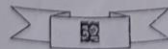
Pembimbing Pendamping : Bu Lastri

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

Proposal (BAB 1-3)



NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1-	24/1-2021	<ul style="list-style-type: none"> - Tolong dicatatkan lembar di setiap kelompok - Tiap dari kelompok tolong dicatatkan bagian mana saja yang sudah, dan mana yang belum selesai - Tolong catatkan evaluasi dari kegiatan ini agar bisa lebih baik 	 Siti Sulastri
	28/1-2021	<ul style="list-style-type: none"> - Bab I tentang dasar-dasar hukum dan peraturan perundang-undangan - Bab II tentang dasar-dasar hukum dan peraturan perundang-undangan 	 Siti Sulastri
	31/1-2021 12-06	<ul style="list-style-type: none"> - Bab II • Fungsi dan tugas-tugas • Fungsi dan tugas-tugas • Fungsi dan tugas-tugas - Bab III tentang isi dari Elemen di dalamnya fungsi-fungsi - Bab IV I, II dan III 	 Siti Sulastri



Lampiran 8: Pembimbing Utama : Bu Dewi

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

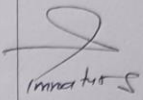
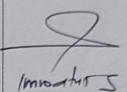
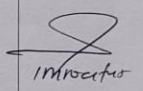
Hasil (BAB 4-5)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20/6/2025	- Periksa prioritas masalah keperawatan - Given NAB 4 dan 5	
2	24/6/2025	- Perhatikan pembahasan, jangan menulis ulang hasil di pembahasan tapi dibahas why, how? - Format lengkap	
3	25/6/2025	ACC BAB 1-5 Siapkan lembar persetujuan pembimbing dan layak uji	

Lampiran 8: Pembimbing Pendamping : Bu Imroatus

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

Hasil (BAB 4-5)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	22/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki diagnosis prioritas berdasarkan tingkat kebutuhan dasar manusia - Di Analisa data, dx. kesi'ta infeksi untuk data dejetif terans ? - Dipameritaskan fist, untuk genetologi terdapat/terpangsa kateter ? - TB Iku ? 	 Imroatus
2.		<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang disesuaikan dengan judul/kasus - Tinjauan pustaka \Rightarrow vulva hygiene - kerangka teori perbaikan 	 Imroatus
3.	26/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Acc sidang 	 Imroatus