

LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : FIRDUS. KURNIAWAN
Umur : 27
Agama : ISLAM
Pekerjaan : WIRASWASTA
Alamat : JL.TUBI 28, LOMANIS, CILACAP TENGAH, CILACAP.

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:

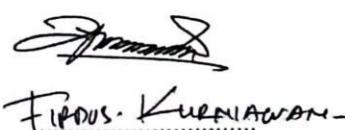
Nama Mahasiswa : Jur Baelah Oktaviany
NIM : 106122043

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



FIRDUS. KURNIAWAN

Lampiran 2. Lembar Konsul

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	20/5-2025	Konsultasi masalah ktp kons kelolam	
	22/5-2025	Konsultasi intervensi ktp. vtl. kons kelolam	
	24/5-2025	Konsul bab 1	
	28/5-2025	Konsul bab 1 - 3 - Perbaiki penulisan - Tambahkan obrolan dari SPKI - tambahkan gambar u/ teknik effluvage - spes Daftar pustaka	
	29/5-2025	Ace semprop KTI	
	20/6-2025	Konsul arsip	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	22/5/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan sitasi - Perbaiki susunan kalimat setiap paragraf - Buat paragraf dg 1 ide pokok setiap paragraf - Tambahan dampak nyeri melahirkan - Tambahan teori defisiensi terapi, morfotak & fisiologis ny. melahirkan yg 	
2.	29/5/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan sitasi - Perbaiki penulisan di BAB II tambahan mekanisme terapi - Tambahan SOP terapi - Perbaiki BAB I yg terapi farmakologis - Lanjut BAB III 	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

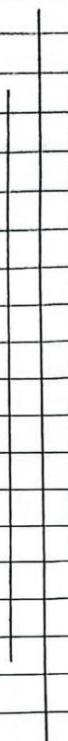
No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
3.	27/5/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan sitasi. - Perbaiki penulisan fabrik catup pada jaring vertikal sofa - Tambahan judul bagian kerangka teori & konvergensi - Perbaiki subjek penelitian tambahan tentang posisi. - Perbaiki metode pengumpulan data - analisa data, teknik studi kasus & daftar pustaka. 	
4.	2/6/2025	ACC Sempro KTI	
5.	27/6/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki data di belakang utama - Lengkapi penggambar skedul yg di analisa data - Mukaan Diagram Segari bersep belakang dengan Maslow & bersep dengan - Perbaiki lg penulisan kriteria kritis di Intervensi - Perbaiki penulisan catupan ktp 	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

No	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
6.	25 / 6 / 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan hasil diskusi intervensi - Sensusan bantuan hasil yg dpt intervensi yg arahannya berj. - Perbaiki penulisan tgj typo - Tambahan pembahasan tentang tradisional yg dilakukan berpasca - Sensusan kesimpulan dg kognitif. 	Rey
7.	26 / 6 / 2025	Perbaiki penulisan yang typo, di susunan pembahasan dan keterbatasan.	Rey
8.	27 / 6 / 2025	All Sensusan hasil KTI	Rey

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. R DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI MELAHIRKAN
DI RSI FATIMAH CILACAP



DISUSUN OLEH
JUR BAALAH OKTAVIANY
106122093

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN 2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN INTRANATAL
DENGAN NYERI MELAHIRKAN DI RUANG AN. MISSA
RSI FATIMAH CILACAP**

Tanggal masuk : 13/06/2015 Jam masuk : 05.04
 Ruang/Kelas : No Register : 00237010
 Tanggal pengkajian : 13/06/2015 Jam : 13.10

A. IDENTITAS

Nama klien	: NY. R	Nama suami	: Tn. F
Umur	: 28 th	Umur	: 27 th
Suku/Bangsa	: Jawa /Indo	Suku/Bangsa	: Jawa /Indo
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: D3 Akuntansi
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: WiraSwasta
Status perkawinan	: Kawin	Status Perkawinan	: Kawin
Lama	: 3 tahun	Lama	: 3 tahun
Alamat	: Jl. Iomanis	Alamat	: Jl. Iomanis, cilacap

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan utama : Pasien mengalami nyeri pada perut bagian bawah saat kontraksi, terasa seperti diremas-remas disertai adanya tekanan pada tulang kemaluan dan menjalar ke punggung. Pada saat memasuki proses persalinan istirahatnya berkurang hanya 25m, tidak nafsu makan, aktivitas dibantu suami, pasien khawatir dengan kondisinya karena persalinan ini lebih lama dari sebelumnya dan takut terjadi hal-hal yang tidak diinginkan (op. sc). Pasien tampak gelisah, tegang, memposisikan diri dengan senyaman mungkin dengan miring kiri, duduk, berdiri, tampak meringis memegangi perut dan punggung, muka pulat tampak lemah, tampak kantong mata, dan sring murasa ingin BAK.

2. Riwayat kesehatan lalu: Pasien mengatakan pernah menjalani operasi pada tahun 2017 karena ada benjolan di payudara kanan serta kedua ketiak, pasien tidak ada riwayat penyakit kronis.
3. Riwayat kesehatan keluarga: Tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit turunan / mewariskan

C. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Status obstetri : G.2.P.1.A.0.H.3. Minggu : 40
HPHT : 3 September 2024 HPL : 10 Juni 2025

Kehamilan sekarang direncanakan : Ya Tidak

Kunjungan ANC selama kehamilan ini:

Pasien mengatakan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan setiap satu bulan sekali di klinik.

DATA ANAK

No	Tahun	Tempat	Penolong	Persalinan	UK	JK	BBL	H/M	Masalah
1.	1.5	RSI	Bidan	Normal	39 ¹	L	3.200	H	-

D. LAPORAN PERSALINAN

1. Pemeriksaan awal

Tanggal : 13 Juni 2025 Jam: 13.10.

Tanda – tanda vital : TD 109/70 mmHg Nadi: 87 x/menit

Suhu: 36.5°C RR 21 x/menit

Pemeriksaan palpasi abdomen:

Vaginal touché : Pembukaan 4cm, ketuban utuh

Discharge vagina : lendir vagina kental bercampur darah

Kontraksi uterus : frekuensi: 3-4 x (10 menit) Kekuatan: kuat...

Lamanya: 40-60 detik setiap kontraksi

DJJ frekuensi: 148.....

Status janin: Hidup Tidak Jumlah: Presentasi: KEP.1A

2. Kala persalinan

• KALA I

- a. Mulai persalinan : Tanggal 13/06/2025 Jam: 02.00
- b. Tanda – tanda vital : TD 97/85 mmHg Nadi: 89 x/menit
Suhu: 36.50°C RR 20 x/menit
- c. Lama kala I : 13.....Jam.....5.....Menit.....detik
- d. Keadaan psikososial pasien tampak cemas, tegang, menyatakan takut dan khawatir dengan kondisinya sendiri. waktu persalinannya lebih lama dari sebelumnya
- e. Keluhan nyeri pada perut bagian bawah dan ada tekanan saat kontraksi mulai.
- f. Tindakan : Observasi ttev, DJJ, melatih relaxasi napas dalam mengajarkan miripng kiri, melakukan effleurage massage.
- g. Terapi : Effleurage, massage
- h. Observasi kemajuan kala I

Tgl / jam	Kontraksi Uterus	Pembukaan Serviks	Ketuban	DJJ	Ket
13/06/2025					Mulai terasa kontraksi, keluar lendir dan darah
02.00					
05.04		2 cm	Vtuh	148	MRS
08.00		3 cm	Vtuh	158.	
12.00	Kuat	4 cm	Vtuh	126	
14.30	teratur	6 cm		129	
15.00	Intens	10 cm		130	
15.05					Lahir

E. POLA FUNGSI KESEHATAN

Pola Fungsional menurut Gordon

1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan Kesehatan

Pasien rutin memerlukan kesehatan khasilannya

ke klinik selama 1 bulan sekali dan mengikuti anjuran bidan untuk minum vitamin serta menjaga pola makan.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengkonsumsi makanan bergizi (sayur, buah, daging) selama hamil, minum dengan cukup, namun pada saat persalinan hanya makan 3 sendok makan dan tidak menghabiskannya

3. Pola eliminasi

Sebelum nyeri meningkat, BAB masih lancar. Sehari 4x dan pada saat kontraksi sering merasakan ingin BAB, namun saat peng kunjungan belum BAB.

4. Pola aktivitas dan Latihan

Pada saat kali I aktivitas pasien terbatas dan dibantu oleh suaminya karena efek nyeri dan kontraksi

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

5. Pola kognitif perceptual

Pasien sadar, kooperatif, mampu mengenali rasa nyeri yang datang saat kontraksi dan pasien mengerti informasi dari bidan setiap dicukur pembukaan

6. Pola persepsi diri

Pasien menerima kehamilan yang tidak direncanakan

dan menerima proses persalinan, merasa senang, karena akan memiliki anak untuk kedua kalinya

7. Pola seksualitas dan reproduksi

selama kehamilan tidak ada keluhan, dan tidak ada keluhan pada sistem reproduksinya

8. Pola mekanisme coping dan toleransi stress

Pasien selalu berterimakasih dengan suaminya saat ada masalah, saat akan mengambil keputusan, pasien mampu mengelola stres dengan baik dan mendapat dukungan dari suami dan keluarganya.

9. Pola istirahat - tidur

Pada TM I dan II pasien tidur malam cukup dan saat TM III akan melahirkan pasien merasa tidurnya kurang, istirahatnya kurang dan saat sebelum MR5 hanya tidur 2 jam.

10. Pola nilai dan keyakinan

Pasien meyakini bahwa persalinan adalah proses alami setiap ibu melahirkan, mengandalkan doa dan dukungan dari orang terdekat menjadi sumber kekuatan selama proses melahirkan dan berharap dilancarkan persalinannya.

11. Pola hubungan peran

Pasien menjalankan peran keluarganya sebagai ibu dan istri dengan baik. Hubungan dengan suami dan keluarganya harmonis dan supportif, suami pasien juga selalu mendampingi selama proses persalinan.

F. PEMERIKSAAN FISIK

1. Data Klinis

a. Keadaan umum : BAIK

b. Kesadaran : Compos mentis

c. Tanda-tanda vital : TD 107/85 Suhu 36,5 °C

Nadi 85 x/Min RR 20 x/Minit

2. Pemeriksaan fisik head to toe

a. Kepala :

BAIK, tegap, tidak ada lesi, warna rambut hitam.

b. Rambut

WARNA rambut hitam panjang dan bersih

c. Mata

simetris, konjungtiva non akutis, sklera anteriorik

d. Hidung

Mancung, simetris, bersih, tidak ada perdarahan

e. Mulut dan tenggorokan

Bibir lembab, merah muda, tidak ada pembengkakan, fungsi makanan baik

f. Telinga

Simetris, bersih, respon terhadap suara normal

i. Leher

Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid,

g. Dada

Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler

h. Payudara

tampak simetris, terdapat bekas luka insisi op di payudara kanan, sudah sembuh, tidak ada benjolan baru. Keadaan umum baik. Puting: mulayu

Kolostrum sudah keluar / belum

i. Abdomen

Keadaan: lembek / distensi / lain-lain keras

Fundus Uteri: Tinggi 30 cm... Posisi preskap

Kontraksi kuat

Leopold I Terabu TFU 30 cm, terabu bokong

Leopold II Terabu pinggang bagian kiri, jari-jari dikarung

Leopold III Terabu bulat keras

Leopold IV Kepala sudah masuk PAP, tidak mudah digoyangkan

Denyut Jantung Janin 130 x/menit

j. Genitalia Terdapat cairan kental bercampur darah

Hemorroid Tidak ada

k. Ekstremitas: edema Tidak ada varises Tidak ada

G. Pemeriksaan Penunjang

1. USG
2. Laboratorium Leukosit 11.390 (4000-10.000), neutrofil 70.7
3. Lainnya (50-70), limfosit 23.6 (25-40)
60% 74

H. Therapy

Effleurage, massage selama kontraksi.....

SYAIR OBSTETRI

Nama Klien : Ny. R.....
 Nomor Register : 00237010.....

WAKTU	PERJALANAN PERSALINAN
Jumat, 13 /6/2025 05.04.	Pasien mengatakan pada tanggal 13 Juni 2025 jam 02.00 pasien mengalami kontraksi seperti akan mulahirkan, disertai keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir. kemudian pasien langsung dibawa ke RS Fatimah sekitar jam 05.04. Pada saat sampai langsung mendapat kamar bersalin dan langsung dilakukan VT (pembukaan) ternyata baru pembukaan 2cm, dan dari pemeriksaan penunjang dihasilkan HB:12.9, Leukosit 11300, neutrofil 70% dan limfosit 23.6% GDS 74mg/dl pasien dicek VT (pembukaan) oleh bidan ternyata sudah pembukaan 3cm
08.00	
12.00	Penulis dan bidan melakukan eck VT (pembukaan) sudah masuk pembukaan 9cm.
13.10 - 13.20	Penulis melakukan pengajian dan melakukan tindakan Effleurage massage pada saat pasien merasakan kontraksi dengan durasi \pm 60 detik dan respon nyeri pasien sama dari skala 7 sebelum dan sesudah dilakukan effleurage massage pada saat kontraksi. Penulis melakukan tindakan effleurage massage kembali \pm 2menit pada saat kontraksi, respon nyeri pasien setelah dilakukan effleurage massage dapat mengurangi nyeri dari skala 7 berubah menjadi skala 5 pada saat setelah dilakukan tindakan.
13.40	
14.00	Pasien kontraksi kembali \pm 2menit lebih kencang dari sebelumnya dan dilakukan kembali effleurage massage

SYAIR OBSTETRI

Nama Klien : Ny. R.....
 Nomor Register : 00237010.....

WAKTU	PERJALANAN PERSALINAN
14.30	sampai kontraksi berhenti , dan pasien mengatakan rasa nyeri nya berkurang dari skala nyeri 7 menjadi 4 setelah diberikan effleurage massage sampai kontraksi berhenti dan pasien mengatakan sudah lebih rileks dan ingin mengejan pasien ditek VT (pembukaan) kembali oleh bidan dan ternyata sudah pembukaan 6 dan langsung dilakukan persalinan partus.
15.00	Pasien mengatakan ingin mengejan dan sudah tidak bisa ditahan kemudian ditek VT (pembukaan) kembali dan sudah pembukaan 10cm atau pembukaan lengkap untuk lahir.
15.05	

ANALISIS DATA

DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada saat kontraksi datang, rasanya seperti diremas-remas, seperti ada tekanan pada tulang kemaluan, menjalar ke punggung. Skala nyeri 7, hilang tumbuh. Pasien mengatakan tidak napsu makan.	Dilatasi serviks	Nyeri Melahirkan
DO: Pasien tampak gelisah, memposisikan posisi dengan senyaman mungkin (miring kiri, duduk, berdiri), tampak meringis dan memegangi perut dan punggung, uterus terasa bulat.		
TD: 107/85 mmHg RR: 20 x/ menit N: 20 x/ menit S: 36,5°C		
DS: Pasien mengatakan pada saat memasuki proses persalinan istirahatnya berkurang tidur hanya 2 jam saja karena nyeri dan kontraksi. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya.	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
DO: Pasien tampak lelah, tampak kantong mata		
DS: Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi saat ini karena waktu persalinan ini lebih lama dari persalinan sebelumnya, dan pasien mengatakan takut terjadi hal-hal yang tidak diinginkan (operasi gg)	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas
DO: Pasien tampak gelisah, tegang, wajah pucat, sering merasakan ingin BAB, tampak meringis menahan rasa nyeri saat kontraksi.		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri melahirkan b.d dilatasi serviks.
 2. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur.
 3. Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan.

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	SDKI	SLKI	SIKI															
1	Nyeri	Tingkat nyeri (L. 08066)	Manajemen nyeri (I. 08230)															
	Melahirkan	Setelah dilakukan tindakan	Observasi															
	b.d dilatasi	keperawatan selama 1x8	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.															
	Serviks	JAM diharapkan tingkat nyeri menurun dengan:	- Identifikasi skala nyeri.															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mapsu Makan</td> <td>2*</td> <td>4*</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Keluhan nyeri	2	4	Meringis	2	4	Gelisah	2	4	Mapsu Makan	2*	4*	Terapeutik
Kriteria Hasil	IR	ER																
Keluhan nyeri	2	4																
Meringis	2	4																
Gelisah	2	4																
Mapsu Makan	2*	4*																
		Keterangan :	- Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Effleurage massage)															
		1. Meningkat	Edukasi															
		2. cukup meningkat	- Ajarkan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (anjurkan suami pasien untuk melakukan teknik effleurage massage)															
		3. Sedang																
		4. cukup menurun																
		5. Menurun																
		2* cukup membantu																
		4* cukup membaik																
2	Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur (L. 05049)	Dukungan tidur (I. 09269)															
	Pola tidur	Setelah dilakukan tindakan	Observasi															
	b.d Kurang kontrol	keperawatan selama 1x8 jam diharapkan pola tidur	- Identifikasi faktor pengganggu tidur															
	tidur	membaik dengan:	Terapeutik															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat tidak cukup</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Keluhan sulit tidur	3	1	Keluhan tidak puas tidur	3	1	Keluhan istirahat tidak cukup	3	1	- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Effleurage Massag)			
Kriteria Hasil	IR	ER																
Keluhan sulit tidur	3	1																
Keluhan tidak puas tidur	3	1																
Keluhan istirahat tidak cukup	3	1																
		Keterangan :	Edukasi															
		1. Menurun	- Jelaskan pentingnya tidur cukup															

		2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	
3	Ansietas	Tingkat Ansietas (L.093) b.d ketakutan - kirian mengalami - mi kegagalan Setelah dilakukan tindakan selama 1x8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan ;	Terapi Relaksasi (1.09326) Observasi - Monitor respon terhadap nyeri Terapeutik - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang (relaksasi nafas dalam)
		Kriteria Hasil	EE
		Perilaku gelisah	3 4
		Perilaku tegang	3 9
		Putat	
		Pola berkerumih	3* 4*
		Verbalisasi khawatir	2 4
		Akibat kondisi yang dihadapi	
		keterangan :	
		1. Meningkat	
		2. Cukup meningkat	
		3. Sedang	
		4. Cukup menurun	
		4* Cukup membaik	
		5. Membaik	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL / JAM	NO.DX	IMPLEMENTASI KEP.	RESPON PASIEN	REF
13/6/2025	1	Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri	5: NY.R mengalukan nyeri Pada perut bagian bawah saat kontraksi P: Pada saat kontraksi berlangsung Q: Rasa nyeri seperti di rumah-rumah dan ada tekanan di tulang Kemaluan R: Lebih terasa nyeri di	

			<p>Perut bawah menyalur ke Punggung s. skala 7</p> <p>T: Hilang timbul O: Pasien kooperatif saat dilakukan pengajian nyeri tetapi sambil menahan rasa sakit / nyeri yaitu berposisi berdiri dan tampak miringis memegangi perut dan punggungnya.</p>
13.15	2	Mengidentifikasi faktor Punggung tidak fisik atau psikologis	<p>S: Pasien mengatakan sulit tidur dan jam tidurnya berkurang karena nyeri dan kontraksi.</p> <p>O: Pasien tampak lelah dan tampak kantong mata</p>
13.20	1	Memberikan teknik non- farmakologis yaitu effleurage massage	<p>S: Pasien mengatakan bersedia dilakukan effleurage massage pada bagian punggung bawah / sacrum</p> <p>O: Pasien kooperatif, tampak rileks.</p>
13.25	3	Memburkan asupan makanan dan cairan oral (air putih) pada pasien	<p>S: Pasien mengatakan lapar dan ingin minum</p> <p>O: Pasien hanya makan 3 sendok makan dan minum ± 30ml air putih</p>
13.30	3	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam supaya lebih rileks	<p>S: Pasien mengatakan bersedia dijajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri dan cemasnya</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang dan rileks, tampak kooperatif.</p>
13.35	3	Membimbing ibu untuk melakukan teknik spiritual	<p>S: Pasien mengatakan bersedia melakukan teknik relaksasi spiritual</p> <p>O: Pasien melakukan teknik</p>

			relaksasi spiritual dengan bacaan istighfar secara dilantung-lantung, dan tampak lebih tenang
13.40	1	Memberikan tindakan effleurage massage karena pasien sudah mulai kontraksi si surging.	5: Pasien mengatakan lebih enak dan nyaman dipijat atau dimassage dibagian punggung serasa ingin tidur. 0: Pasien tampak lebih tenang dan mengatur purnafasanya.
13.45	1	Mengajarkan suami pasien untuk melakukan effleurage massage pada pasien	5: Suami pasien bercedia mengajarkan teknik effleurage massage untuk mengurangi nyeri 0: Suami pasien tampak melakukan massage dan pasien tampak nyaman.
13.50	3	Monitor respon terhadap nyeri	5: pasien mengatakan setelah dilakukan massage skala nyeri yang dirasakan berku- rang dari skala 7 menjadi skala 5 0: pasien tampak lebih rileks.
13.55	1	Mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam	5: pasien mengatakan lebih rileks saat dilakukan relaksasi nafas sambil dimassage, tetapi nyeri masih datang saat kontraksi 0: pasien kooperatif, tampak mumpakulannya.
19.00	1	Memberikan tindakan 2 effleurage massage kembali karena	5: pasien mengatakan kontraksi lebih kuat dan surging, rasa nyeri

		<p>Kontraksinya lumayan kuat dan sering untuk meningkatkan kenyamanan</p>	<p>Sedikit berkurang dengan dimassage dari skala 7 menjadi skala 4. Pasien mengatakan rasanya sudah ingin munggah.</p> <p>0: Pasien memang jemu rasa nyeri dengan melakukan relaksasi nafas dalam dan tampak tenang, rileks.</p>
14.00	2	<p>Menjelaskan pentingnya tidur cukup</p>	<p>5: Pasien mengatakan paham manfaat atau pentingnya tidur, tetapi pada saat memasuki proses persalinan pasien hanya tidur 2 jam saja</p> <p>0: Pasien kooperatif dan tampak lelah</p>
14.30	1	<p>Periksa VT pada pasien oleh bidan</p>	<p>5: -</p> <p>0: Bidan mengatakan sudah masuk pembukaan 6.</p>

EVALUASI KEPERAWATAN

TGL/JAM	DIAGNOSA KEP	CATATAN PERKEMBANGAN	PRF
13/6/2025	Nyeri mulahirkan	S: Pasien mengatakan nyeri pada saat kontraksi, saat diberikan	
14.35	b.d dilatasi serviks.	<p>Effleurage massage sambil mengatur pola nafas rasa nyeri sedikit berkurang dari skala 7 menjadi skala 4. tetapi nyeri muncul kembali saat kontraksi datang</p> <p>P: Pada saat kontraksi berlangsung</p> <p>A: Seperti diremas, dan ada tekanan di tulang kemaluan</p> <p>R: Terasa di perut bawah menjalar ke punggung.</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: Hilang timbul</p>	

		O: Pasien sudah diberikan massage, tampak rileks tidak terlalu tegang dan gelisah. lebih bisa manajemen rasa nyeri. Pasien tampak makan dan minum																
		A: MASALAH TERALASI																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>KRITERIA HASIL</th> <th>IP</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Napsu makan</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	KRITERIA HASIL	IP	ER	Keluhan nyeri	4	4	Meringis	4	4	Gelisah	4	4	Napsu makan	4	4	
KRITERIA HASIL	IP	ER																
Keluhan nyeri	4	4																
Meringis	4	4																
Gelisah	4	4																
Napsu makan	4	4																
		P: Lanjutkan Intervensi saat pasien kontraksi dengan memberikan effleurage massage.																
14.40	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	<p>S: Pasien mengatakan sulit tidur saat kontraksi datang dan saat diberikan effleurage massage nyerinya berkurang</p> <p>Pasien mengatakan hanya tidur 2 jam</p>																
		O: Pasien tampak lelah dan kooperatif																
		A: Masalah belum teralasi																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>KRITERIA HASIL</th> <th>IP</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat tidak cukup</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	KRITERIA HASIL	IP	ER	Keluhan sulit tidur	2	1	Keluhan tidak puas tidur	2	1	Keluhan istirahat tidak cukup	2	1				
KRITERIA HASIL	IP	ER																
Keluhan sulit tidur	2	1																
Keluhan tidak puas tidur	2	1																
Keluhan istirahat tidak cukup	2	1																
		P: Lanjutkan Intervensi untuk meningkatkan kenyamanan dengan effleurage massage																
14.45	Ansitas b.d ketakwahtir an mengalami kegagalan	<p>S: Pasien mengatakan setelah dilakukan massage nyerinya berkurang dari skala 7 menjadi skala 5.</p> <p>O: Pasien tampak menerapkan teknik relaksasi dan spiritual saat nyeri saat kontraksi</p>																

untuk menghadapi keemasan
supaya lebih tenang saat
mendekati persalinanya

A: Masalan turat usi

KRITERIA HASIL	IR	EF
Perilaku gelisah	4	4
Perilaku tegang	4	4
Pucat	4	4
Polu berkulitih	4*	4*
Verbalisasi khawatir	4	4
akutik kondisi yang dihadapi		

P: Edukasi untuk selalu menerapkan teknik relaksasi dan spiritual serta selalu berpikiran positif

Lampiran 4. Standar Operasional Prosedur *Effleurage Massage*

Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi <i>Effleurage Massage</i>	
Pengertian	<i>Effleurage Massage</i> adalah teknik yang dilakukan dalam bentuk pijatan dengan menggunakan telapak tangan yang dilakukan dengan pijatan lembut dari arah bawah menuju ke atas (jantung) dengan pola melingkar berputar dan beraturan searah dengan jarum jam serta dilakukan secara berulang selama masa kontraksi berlangsung pada kala I.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan respon nyeri punggung 2. Menurunkan ketegangan otot 3. Melancarkan sirkulasi peredaran darah
Indikasi	Pasien ibu <i>in partu</i> kala I
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat pembengkakan 2. Fraktur 3. Terdapat luka
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri. 2. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan. 3. Menyiapkan peralatan yang diperlukan. 4. Mengatur ventilasi dan sirkulasi udara dengan baik. 5. Mengkaji kondisi fisik klien dan kondisi kulit klien. 6. Mengatur posisi klien sehingga merasa aman dan nyaman.
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk/ kain/ selimut 2. Lotion/ minyak kelapa/ minyak zaitun/minyak telon. 3. Tisu

Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kesiapan klien 2. Cek alat yang digunakan 3. Dekatkan alat ke sisi tempat tidur 4. Posisikan klien dengan posisi senyaman mungkin (<i>sleep on side</i>) 5. Mencuci tangan 6. Periksa keadaan kulit pastikan tidak ada luka atau fraktur. 7. Tuangkan minyak zaitun/minyak kelapa/minyak telon/lotion ke telapak tangan terapis, kemudian gosok telapak tangan hingga hangat dan merata pada permukaan tangan. 8. Letakan kedua telapak tangan pada tulang belakang tepatnya di bagian sacrum dan mulailah <i>massage</i> dengan gerakan memutar dari arah bawah menuju ke atas (jantung) searah jarum jam bersamaan dengan pengaturan pola nafas ibu.  <ol style="list-style-type: none"> 9. Lakukan <i>effleurage massage</i> secara berulang dalam waktu kurang lebih 10 menit pada kala I atau selama masa kontraksi muncul. 10. Jika tindakan sudah selesai, bersihkan minyak atau lotion pada punggung ibu dengan tisu. 11. Memberitahu bahwa tindakan sudah selesai. 12. Biarkan klien istirahat, kemudian lakukan <i>effleurage massage</i> kembali pada saat kontraksi muncul. 13. Bereskan alat. 14. Mencuci tangan.
Evaluasi	Evaluasi subyektif dan obyektif dari hasil yang dicapai (nyeri pada proses melahirkan)
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya. 2. Berpamitan dan salam

Sumber : (Hidayati, 2019 dalam pandini 2024; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

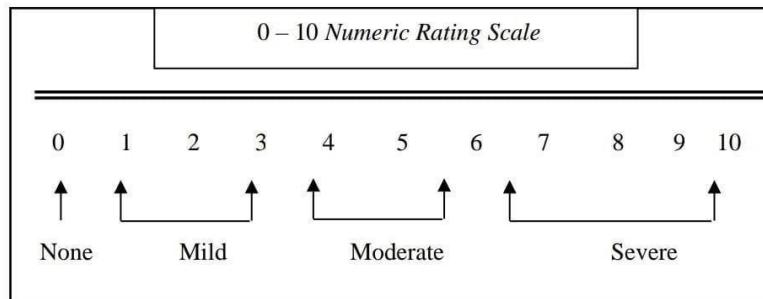
Lampiran 5. Format Pengkajian Nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS)

Definisi	Pengkajian nyeri dengan <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS) adalah suatu metode penilaian skor nyeri subjektif yang dilaporkan oleh pasien dengan cara pasien diminta untuk memilih nomor yang ada pada garis horizontal skala 0-10 yang mewakili intensitas nyeri pasien. Dimana 0 mewakili tidak nyeri dan 10 mewakili nyeri yang paling hebat.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> Untuk memastikan pasien mendapat manajemen penanganan nyeri yang aman, efektif, dan secara individual. Memastikan ketepatan dan keefektifan pengkajian tingkat nyeri pasien dalam upaya mendukung penegakan diagnosa medis pasien.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> Pasien yang sedang mengalami nyeri Pasien dengan kesadaran penuh
Prosedur	<p>Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempersiapkan alat bantu visual skala nyeri <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS). <div style="text-align: center;"> <p>0 – 10 Numeric Rating Scale</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑</p> <p>None Mild Moderate Severe</p> </div> <p>Ket : Tidak nyeri (none: 0), sedikit nyeri (mild: 1-3), nyeri sedang (moderate: 4-6) dan nyeri hebat (severe: 7-10)</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan salam dan memperkenalkan diri Menjelaskan tujuan dan prosedur pengkajian nyeri yang akan dilakukan. Menanyakan kesiapan pasien <p>Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan kepada pasien tentang rasa nyeri yang dialami, termasuk lokasi, kualitas,durasi, dan faktor pemicu. Menunjukan skala nyeri <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS) dan jelaskan arti dari setiap angka. Meminta pasien menyebutkan angka yang paling menggambarkan rasa nyeri yang dialaminya saat itu.
	Dokumentasi

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat skor nyeri yang dipilih pasien pada skala 0-10. 2. Catat deskripsi lain terkait nyeri seperti lokasi, kualitas, durasi, dan faktor pemicu. 3. Dokumentasikan pengkajian nyeri dalam form yang tersedia.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara berkala (sebelum dan sesudah dilakukan <i>effleurage massage</i>). 2. Gunakan skor nyeri yang diperoleh untuk memandu pemberian intervensi pengelolaan nyeri yang sesuai.

Sumber : (Ningtiyas, niwayan rahayu, 2023)

Lampiran 6. Hasil pengkajian nyeri



Penilaian skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS)

Sebelum dilakukan tindakan	Setelah dilakukan tindakan
<p>S: Ny. R mengatakan nyeri pada perut bagian bawah saat kontraksi</p> <p>P: Pada saat kontraksi berlangsung</p> <p>Q: Seperti diremas-remas dan ada tekanan di tulang kemaluan</p> <p>R: Lebih terasa nyeri di perut bagian bawah menjalar ke punggung</p> <p>S: Skala 7</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>O: Ny. R tampak berposisi senyamannya (Berdiri, duduk, miring kiri) ekspresi tegang, tampak meringis menahan nyeri dan memegangi perut dan punggungnya saat kontraksi.</p>	<p>S: Ny. R mengatakan setelah dilakukan <i>effleurage</i> <i>massage</i> sambil melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dan spiritual nyerinya berkurang dari skala awal 7 menjadi skala akhir 4</p> <p>O: Ny. R melakukan Tindakan sesuai arahan penulis (melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan Teknik spiritual) Ny. R tampak lebih rileks dan bisa memanajemen rasa nyeri saat kontraksi.</p>