

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

***ASUHAN KEPERAWATAN POSTNATAL***

NAMA : Hanifah Nur Fadia
NIM : 411121043
KELOMPOK : 3
RUMAH SAKIT : RSUD Prembun Kebumen

**PROGRAM PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL IRSYAD CILACAP
TAHUN AKADEMIK 2022/2023**

UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
PENGKAJIAN POST NATAL

Nama Mahasiswa : Haniyah Nur Fadia NIM : 411121043
Tempat praktik : RSUD Prembun R. Tulip Tanggal 1/11/2024

I. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Jum'at tanggal 1/11/24 Di ruang RSUD Prembun
..... jam
..... 16.30 Tulip

a. Data Umum

1. Identitas Klien :

Inisial klien : Ny. S
Umur : 25 th
Alamat : Desa Tungalroso 04/03, Prembun
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan terakhir : SMA

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. F
Umur : 26 th
Alamat : Desa Tungalroso 04/03, Prembun
Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Hubungan dg klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk RS

Ibu datang dari polikandungan. Ibu mengatakan gerak janin aktif, kencang-kencang.
.....

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu dengan G1P0A0 hamil 38⁺5 minggu dengan letak obliq, lilitan tali pusat 2x - ts sekarang mengeluh nyeri post ss skala 6

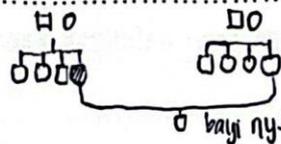
3. Riwayat Penyakit Dahulu

Tidak ada

4. Riwayat Penyakit Keluarga & Genogram

Tidak ada

□ = laki-laki
○ = perempuan
⊕ = ps



c. Data Kesehatan

1. Data Obstetri

Nifas hari ke ... P./... A...

Menarche kelas 6 SD

Menstruasi : Siklus... 28... hari

Lama perdarahan... 5... hari

Keluhan nyeri hari pertama

Status Anak

No	Tipe Persalinan	Jenis kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur anak sekarang
		Perempuan	2680 gr	Tidak ada	

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

G1P0A0

3. Riwayat Persalinan Sekarang

SC dengan indikasi letak obliq, lilitan tali pusat 2x

4. Laporan Operasi

- Melahirkan bayi & plasenta

- Membuat sayatan di perut bawah sd rahim & menutup luka

5. Riwayat KB

Tidak ada

6. Rencana KB

Masih menggunakan alat kontrasepsi (kondom)

d. Pola Fungsional menurut Gordon

1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengerti tentang pemeliharaan kesehatan yang baik

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien selama hamil memakan makanan/minuman dengan nutrisi yang cukup. Metabolisme baik

3. Pola eliminasi

Pola eliminasi baik BAK 3-4x/hari, BAB 1x sehari

4. 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

5. Pola kognitif perseptual

Pasien masih bisa berfikir dengan baik

- 6. Pola persepsi diri
 Pasien menghargai bagaimana tentang persepsi dirinya
- 7. Pola seksualitas dan reproduksi
 Pasien cukup mengerti pola seksualitas & reproduksi
- 8. Pola mekanisme koping dan toleransi stress
 Toleransi stres pasien cukup baik
- 9. Pola istirahat – tidur
 Ps tidur selama ± 8 jam
- 10. Pola nilai dan keyakinan
 Ps beragama Islam
- 11. Pola hubungan peran
 Ps berperan sebagai Istri

e. Data Psikososial

- 1. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)
 Ps beradaptasi cukup baik
- 2. Bounding Attachment
 baik

f. Pemeriksaan Fisik

- 1. Data Klinis
 - a. Keadaan umum : baik, lemas, pucat
 - b. Kesadaran : CM
 - c. Tanda-tanda vital : TD 112/82
 Suhu 36.6
 Nadi 101
 RR 22 x/menit

2. Pemeriksaan fisik head to toe

a. Kepala

Rambut hitam panjang, bentuk kepala simetris

b. Rambut

Rambut hitam panjang

c. Mata

Mata bersih, sklera non ikterik, konjungtiva non anemik

d. Hidung

Hidung bersih

e. Mulut dan tenggorokan

Mulut bersih, bibir sedikit kering

f. Telinga

Telinga bersih tak ada kotoran

g. Leher

Leher simetris

h. Dada

Dada simetris

i. Payudara : Keadaan umum ^{baik}....., puting ^{menonjol}....., ASI sudah

~~keluar/belum~~ ^{membesar} sedikit

j. Abdomen

Keadaan : ^{lembek} / distensi / lain-lain

Fundus Uteri : Tinggi ^{2 jari}.....

Posisi ^{Dibawah pusar}.....

Kontraksi ^{baik}.....

Diastasis rectus abdominis, panjang cm

lebar cm

k. Genetalia

Lochea (rubra)

- Jumlah: \uparrow 5 cc sudah bant pembalut 1x
- Warna: Merah kecoklatan sedikit
- Konsistensi: lendir & darah
- Bau: khas anyir
- REEDA: Redness (-), Edema (-), Echyrosis (-), Discharge (-), Approximation (-)

Hemorroid (-) Tidak ada

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

m. Integumen: Chloasma Tidak ada

g. Data Penunjang dan terapi

Lab:

Rontgent/USG

Terapi:

h. Data Bayi

Lahir tgl ³¹ jam ^{6.50}
 Berat Badan ^{2,680} gram, Panjang Badan ⁴⁶cm
 Lingkar Kepala ³¹cm, Lingkar Dadacm

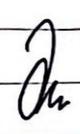
- Obat	
1.	Ondansetron 4mg (2x2 ml) jalur IV dengan kegunaan mual muntah
2.	Ranitidine 1x1 ampul jalur IV dengan kegunaan mengatasi asam lambung
3.	Ketorolac 30 mg jalur IV dengan kegunaan mengurangi nyeri
4.	Kalnex 1gr jalur IV dengan kegunaan mengatasi perdarahan
-Laboratorium	
* HB = 12,8 g/dl	* Hematokrit = 37,7
* Leukosit = 9,5 ribu /ul	* Anti HIV = non reaktif
* Trombasit = 237 ribu /ul	
* GDS = 97 mg/dl	
* HBsAg = non reaktif	

Tgl/Waktu	Sumptom (Ds/Do)	Biologi	Problem
1/11/24 14.30	<p>Ds=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pasca operasi sc - P: Luka post op sc - Q: Seperti disayat 2 cenat-cenut - R: Di area perut bagian bawah. <p>Skala 6</p> <p>Nyeri hilang timbul</p> <p>Do=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis & memegang perut - TFU = 2 Jari dibawah pusat - UC = teraba keras - PPV, 10 cc - Jenis luka bersih, tidak rembes - TD = 122/81 mmHg - RR = 20 x/mnt - N = 110 x/menit - SpO2 = 99% - Luar luka = 13 cm 	<p>Agensi Pencedera Fisik</p> <p>(Luka pasca op sc)</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>(0.0077)</p>
1/11/24 14.30	<p>Ds=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri saat berge - Pasien mengatakan kedua kakinya belum bisa digerakkan - Pasien mengatakan belum bisa miring kanan-kiri <p>Do=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak berbaring - Gerakan terbatas 	<p>Program Pembatasan Gerak</p> <p>(Gangguan Mobilitas Fisik)</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>(0.0054)</p>
1/11/24 14.30	<p>Ds=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya minum ASI sedikit saja - Pasien mengatakan ASHnya keluar tidak banyak <p>Do=</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI tampak keluar tidak lancar 	<p>Ketidakadekuatan Suplai ASI</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif</p> <p>(0.0020)</p>

Diagnosa Keperawatan 2 Prioritas

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Luka post op)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d program pembatasan gerak
- a. Menyusui tidak efektif b.d ketidakaduan suplai asi

4. Intervensi Keperawatan

No	Tgl / Jam	SLKI	SLKI	Paraf
1	1/11/2024 15.00	SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspetasi : Menurun Setelah dilakukan askep selama 2x24 jam (diharapkan tingkat nyeri menurun dan kriteria hari : - Keluhan nyeri menurun 3->5 - Sikap protektif menurun 2->5 - Napsu makan membaik 3->5	SLKI : Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, & intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri nonverbal - Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis rasa nyeri - Kontrol tingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat & tidur - Edukasi - Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgesik	
2	1/11/2024 15.00	SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042) Ekspetasi : Meningkatkan Setelah dilakukan askep selama 2x24 jam (diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hari = - Pergerakan ekstremitas meningkat 2->5 - Rentan gerak meningkat 3->5 - Nyeri menurun 3->5	SLKI : Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi - Identifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Terapeutik - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan melakukan mobilisasi diri - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
3.	1/11/2024 15.00	SLKI : Status Menyusui (L.03020) Ekspetasi : Meningkatkan Setelah dilakukan askep selama 2x24 jam	SLKI : Pendampingan Proses Menyusui (L.03130) Observasi	

diharapkan status menyusui meningkat dengan kriteria hasil	Monitor kemampuan ibu untuk menyusui
- Telepon (pancaran ASI) meningkat 3->5	- Monitor kemampuan bayi menyusui
- Kepercayaan diri ibu meningkat 3->5	- Terapeutik
- Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 3->5	- Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung
	- Berikan pujian, informasi & saran terhadap perilaku positif dalam menyusui
	- Diskusikan masalah selama menyusui
	- Edukasi tentang menyusui
	- Ajarkan posisi menyusui
	- Ajarkan perlekatan yang benar
	- Ajarkan memerah ASI dengan posisi jari jam 12-6 & jam 9-3

Implementasi Kep

Tgl / Jam	No. bx	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1/11/24	I, II, III	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - U99 -	- S = Pasien mengatakan nyeri luka post OP - P = luka post op sc - A = Seperti disayat, cekat-cenut dan panas - R = Di area perut bagian bawah	
			Skala 6 Nyeri hilang timbul	
			- O = Pasien tampak meringis & memegangi perut dibawah pusar	
			- TFU = 11 jari dibawah pusar, uc teraba keras	
			- Jenis luka bersih, tidak ada rembesan	
			- TD = 122/81 - RR = 20 x/mnt	
			- N = 110 x/menit - SpO2 = 99%	
			- Luka luas 13 cm	
			- PPU = 10 cc (ganti balut 1x)	
16.30	J	Mengajarkan teknik non farmakologis dengan menggunakan jari	- S = Pasien mengatakan dirangsang sudah lebih rileks dari skala 6-5 - O = Pasien tampak rileks & aman	
16.45	II	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	- S = Pasien mengatakan belum bisa miring kanan/kiri karena perut masih sakit - O = Pasien tampak berusaha miring ka/ki	

19.30	ii	Mengajarkan posisi menyusui (side lying position)	S: Pasien mengatakan ia mau diajarkan cara menyusui baik dan benar - Pasien mengatakan bahwa ia hanya bisa menyusui dari arah kanan - ASI tampak keluar sedikit
19.00	i	Memberikan obat ondansetron 4mg/8jam dexametason 5mg/8jam	- S: - - O: Obat tampak masuk diberikan melalui IV
2/11/2024	1	Melakukan pengkajian ulang nyeri (PQRST)	- S: Pasien mengatakan nyeri pasca OP sudah sedikit mulai berkurang - P: Luka post OP secar - Q: Seperti tersayat & sedikit panas - R: Di area perut bagian bawah - S: Skala nyeri 3 - T: Nyeri hilang timbul
16.30			- O: Pasien tampak masih sedikit meningkat - T&U: 2 jari dibawah pusat - UC: teraba keras - PPU: 5cc/ml - Jenis luka bersih - TD: 120/97, N: 105, RR: 22x/mnt - SPO: 98%
16.45	ii	Menganjurkan pasien untuk melakukan gerakan genggam jari	- S: Pasien mengatakan ia sudah rileks dan skala 4-7 - O: Pasien tampak kooperatif
17.00	iii	Mendampingi saat kegiatan menyusui	- S: Pasien mengatakan ASI nya sudah mulai lancar - O: Pasien tampak nyaman
17.30	iiii	Merencanakan BLE	- S: Pasien mengatakan sudah lebih enak - O: Pasien tampak pulang

G. Evaluasi Tindakan

No	Tgl / Jam	Wolix	Evaluasi	Paraf
1.	1/11/24	21.00	S: Pasien mengatakan nyeri luka pasca op skala 6 P: Luka post op secar Q: Seperti disayat & panas R: Di area perut bagian bawah S: Skala 6 T: Nyeri hilang timbul	

.T: Hilang timbul

O: - Pasien tampak meringis & memegang perutnya

- TFU = 2 jari dibawah pusat UC teraba keras

- Jenis luka bersih, tidak ada robekan/ rembesan

- TD = 120/81 - RR = 30x/menit

- N = 110x/menit - SpO₂ = 99%

- Wad luka 13 cm - PVV = 10 cc (sudah ganti pembalut)

A: - Masalah nyeri akut belum teratasi

P: - Lanjutkan intervensi

C. Memberikan teknik nonfarmakologis (relaksasi genggam jari)

(. Memberikan terapi obat analgesik)

1. i) S: - Pasien mengatakan masih nyeri saat mencoba bergerak dan belum bisa miring kanan-kiri

O: - Pasien tampak lemah - Gerakan pasien terbatas

- Pasien tampak berbaring

A: - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: - Lanjutkan intervensi

C. Mengajarkan relaksasi genggam jari)

(. Memonitor KU saat belajar mobilisasi)

3. ii) S: - Pasien mengatakan ASInya keluar hanya sedikit dan hanya bisa menyusui dari arah kanan

O: - ASI tampak keluar sedikit

A: - Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi

P: - Lanjutkan intervensi

C. Mendampingi ibu saat kegiatan menyusui berlangsung)

4. 2/11/24 ? S: - Pasien mengatakan nyeri pasca op sudah mulai berkurang

21.00

- P: Luka post op SC

- Q: Seperti tersayat & panas

- R: Di area perut bagian bawah

- S: Skala nyeri 3

- T: Nyeri hilang timbul

O: - Pasien tampak masih sedikit meringis

- TFU 2 jari dibawah pusat - Jenis luka bersih

- UC teraba keras - TD = 120/97, N = 105, RR = 22 x/menit, SpO₂ = 99%

- PVV = 5 cc

A: - Masalah nyeri akut sudah teratasi

P: - Pertahankan intervensi apabila masih nyeri

5

ii) S: - Pasien mengatakan ia sudah bisa berjalan ke KM

O: - Pasien tampak kooperatif

A = Masalah gangguan mobilitas fisik sudah teratasi

P = Pertahankan intervensi

6

M

S = Pasien mengatakan ASI nya sudah mulai lancar

O = - Pasien tampak kooperatif

- Pasien sudah diperbolehkan pulang

A = Masalah menyusui tidak efektif sudah teratasi

P = Pertahankan intervensi

(Mempertahankan teknik mobilisasi awal belum teratasi -
Lanjutan intervensi)

(Mempertahankan teknik mobilisasi awal belum teratasi)
(Mempertahankan teknik mobilisasi awal belum teratasi)

Pasien mengatakan mobilisasi awal belum teratasi dan belum bisa mandiri

Pasien tampak lemah - berikan makan pasien teratasi
Pasien tampak beres

Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
Jalankan intervensi

Mendapatkan mobilisasi dini - jalan & main & main - diri
Memonitor K/L saat belajar mobilisasi

Siapa kelaar Nanda sedikit dan kelaar bisa membantu
arah kelaar

tampak kelaar sedikit

tidak terlihat tidak efektif belum teratasi
jalan intervensi

lanjutan intervensi

Lampiran 2 SOP Relaksasi Genggam Jari

	TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI		
	No. Dokumen 0005.00.03.03.1811201 6	No. Revisi 0	Halaman 2/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 21 Juni 2021	Ditetapkan Oleh Ketua STIKES Karya Husada Semarang Dr. Ns. Fery Agusman, M.Kep, Sp.Kom	
PENGERTIAN	Relaksasi genggam jari yang juga disebut sebagai finger hold adalah sebuah teknik relaksasi yang digunakan untuk meredakan atau mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan.		
TUJUAN	Untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi Memberikan rasa nyaman pada pasien post operasi		
KEBIJAKAN	Pasien dengan kecenderungan nyeri		
PETUGAS	Perawat		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri / menanyakan nama pasien 3. Menjelaskan tujuan tindakan 4. Menjelaskan prosedur tindakan 5. Menyampaikan kontrak waktu 6. Memvalidasi kesiapan pasien <p>B. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Memakai handscoon 4. Posisikan pasien dengan berbaring/ duduk lurus di tempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merilekskan semua otot. 5. Perawat duduk berada di samping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut. 6. Pasien diminta untuk mengatur nafas dengan hitungan teratur. 7. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit dengan bernapas secara teratur, untuk kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama. 		

	 <ol style="list-style-type: none"> 8. Setelah kurang lebih 15 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain. 9. Setelah selesai dengan menanyakan kembali bagaimana tingkat intensitas nyeri yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan. 10. Rapiakan pasien dan tempat kembali. 11. Buka <u>handscoon</u> dan mencuci tangan 12. Dokumentasikan hasil pengkajian, terapi yang diberikan dan data yang relevan dalam dokumentasi keperawatan <p>C. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi 2. Menyampaikan Menyampaikan rencana tindak lanjut
<p>INTERPRESTAS I PROSEDUR</p>	<p>Hasil Terapi Relaksasi Genggam Jari: Nyeri pada pasien berkurang dan memberikan rasa nyaman pada pasien</p> <p><u>Patient safety</u> : Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, identifikasi pasien dengan benar, menyediakan sampah <u>infeksius</u>.</p> <p>Komunikasi : lakukan komunikasi yang efektif</p> <p>Dokumentasi : Dokumentasikan hasil pengkajian, terapi yang diberikan dan data yang relevan dalam dokumentasi keperawatan</p>

Lampiran 3 Instrumen NRS

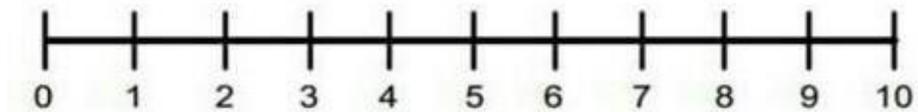
Lembar Kuesioner Nyeri *Numeric Rating Scale*

Petunjuk :

Pada skala ini diisi oleh peneliti setelah responden menunjukkan angka berapa nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri *Numeric Rating Scale* (0- 10) yaitu:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
2. 4-6 : Nyeri sedang
3. 7-10 : Nyeri berat

Tanyakan kepada responden pada angka berapa nyeri yang dirasakannya dengan menunjukkan posisi garis yang sesuai untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan membuat tanda (X) pada skala yang telah disediakan.



Lampiran 4 informed consent

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Hanifah Nur Fadia

NIM : 41111241043

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden dengan menjawab pertanyaan jujur, terhadap penelitian kian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien *Post Sectio Caesarea* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Dan Penerapan Relaksasi Genggam Jari Di Rumah Sakit Umum Daerah Prembun”.

Jawaban yang saya berikan hanya untuk keperluan penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Cilacap,

2025

Responden