

LAMPIRAN

Lampiran 1

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wiranti Wulandari
Umur : 20 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan


Feni Purwaningsih

Pasien


Wiranti Wulandari

Mengetahui

(Perseptor /CI)


Nurhayati A. Md. Keb

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rohaidah
 Umur : 30 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan


 ...Nurhayati A Md Keb

Pasien


 Rohaidah

Mengetahui

(Perseptor /CI)


Nurhayati A Md Keb

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Yeni Purwaningsih
 NIM : 2014401025

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 09 s/d 14 bulan Januari tahun 2023 di Ruang Delima Rs Abdul Moeloek

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, Januari 2023

Yang Menerangkan
(Perseptor /CI)


Nurhayati, A. Md Keb

Lampiran 3

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI Formulir Praktik Klinik Peminatan	Kode	
		Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Yeni Purwaningsih
 NIM : 2014101015
 Pembimbing Utama : Ns. Sunarsih, S. Kep. MM
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan gangguan kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Pada Pasien Post Partum sectio caesarea dengan Hipertensi di ruang Delima RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	12/2023 01	Bimbingan Persetujuan Judul	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
2	19/2023 01	Bimbingan terkait data yang didapat Menentukan diagnosa	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
3	06/2023 02	Konsultasi BAB I II dan III	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
4	16/2023 02	Perbaiki BAB I II dan III, latar belakang Tambahkan Konsep Penyakit, Peneliti Asuhan	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
5	20/2023 06	Bimbingan mengenai BAB II dan III, Perbaiki latar belakang, konsep Penyakit, dan Asuhan	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
6	30/2023 09	Acc BAB I II dan III lanjutkan ke BAB IV dan V	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
7	04/2023 04	Bimbingan terkait BAB IV dan V revisi di bagian pembahasan, saran dan soa/pnyn	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
8	13/2023 04	Acc BAB I - V - Acc sedang	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
9	17/2023 05	Perbaiki Penulisan tawar karnag dengan dipisah	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
10	22/2023 05	Perbaiki teknik Penulisan Implementasi	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
11	24/2023 05	Perbaiki Daftar Pustaka mengikuti Kebah Penulisan	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>
12	29/2023 05	ACC cetak	<i>hmmte</i>	<i>[Signature]</i>

Bandar Lampung, 13/14/2023
 Pembimbing Utama

[Signature]
 Ns. Sunarsih, S. Kep. MM
 NIP. 196808271987112001

Lampiran 4

	POLTEKKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Yeni Purwaningsih
 NIM : 2014101035
 Pembimbing Pendamping : Tori Piliantoro, S.kp, M.kep
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan Aktivitas dan istirahat Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea dengan hipertensi di rumah Delima Rsur Dr. H Abdul Molloek Provinsi Lampung

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	06/04/2023	Persetujuan Judul	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
2		Bimbingan BAB I	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
3	10/04/23	Bimbingan BAB II	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
4		Bimbingan BAB III	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
5	12/04/23	Bimbingan BAB IV dan V	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
6		Perbaikan Penulisan (teknik & format)	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
7	15/04/23	Konsultasi Perbaikan Penulisan	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
8		Acc Seminar	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
9	19/05/23	Perbaikan Gangguan kebutuhan	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
10	22/05/23	1 Dx saja yang dibahas	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
11		Revisi Penulisan LTA-KTI	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>
12		Acc cetak	<u>thmte</u>	<u>Tori</u>

Bandar Lampung, 15/4/2023
 Pembimbing Pendamping

Tori Piliantoro, S.kp, M.kep
 NIP. 197111291994021001

Lampiran 5

	POLTEKKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI	Kode	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Yeni Purwaningsih

Nim : 2014401035

Judul yang diajukan dan disetujui:

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada pasien post partum sectio caesarea dengan Hipotensi di Ruang Delima RSUD Dr.H Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2023

Bandar Lampung, Januari 2023

Pembimbing Utama



Ns.Sunarsih S.Kep., MM.
NIP: 196808271987112001

Pembimbing Pendamping



Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep
NIP: 197111291994021001

PENGKAJIAN POSTNATAL

Nama Mahasiswa : Yeni Purnamasari Tanggal Pengkajian : 12 Januari 2023
 NPM : 2011101025 Ruangan : Delima

DATA UMUM

Inisial klien : NY-P Nama Suami : Suganto
 Pekerjaan : Pedagang Pekerjaan : Buru
 Pendidikan : SMP Pendidikan : SD
 Agama : Islam Agama : Islam
 Status Perkawinan : Menikah Suku Bangsa : Jawa
 Alamat : Dusun Bumi Sari

Keluhan saat ini :

Pasien Mengatakan nyeri di perut pada luka post Operasi section caesarea
dan susah bergerak untuk melakukan Aktivitas

Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien terindikasi Hipotensi dengan tekanan darah 80/60 mmHg nadir 12 menit
56,7°C SPO2 96%. Pasien Mengeluh nyeri pada luka post section caesarea terdapat luka
post sc dibagian abdomen, nyeri bertambah saat bergerak, dan berkeringat saat
membatasi aktivitasnya, skala nyeri 6, seperti tertusuk tusuk, luka post sc kemerahan

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tahun	Jenis persalinan	Penolong	Jenis	Keadaan bayi waktu lahir	Masalah kehamilan
1.	<u>12/2023</u> <u>01</u>	<u>SC</u>	<u>Tim medik</u>	<u>L</u>	<u>sehat (BB 3,2 kg)</u>	<u>Tidak ada</u>
2						
3						
4						

Pengalaman menyusui : ya (tidak)

Berapa lama :

Riwayat kehamilan saat ini :

Berapa kali periksa hamil : 4 kali

Masalah kehamilan : Tidak ada

Riwayat Persalinan

Jenis persalinan : Spontan (letkep/letsu) Tindakan EF/EV

Jenis kelamin bayi L/P, BB/PB 3,2 gram/ 38 cm, A/S

Perdarahan : Tidak

Masalah dalam persalinan : Tidak

Riwayat ginekologi

Menarche : 12 tahun

siklus : 28 hari

lama : 4-6 hari

tektur : kental, warna terang

Saat ini Merupakan kehamilan anak pertamanya

Masalah ginekologi

Tidak terdapat masalah ginekologi

Riwayat KB

Pasien Mengetahui sebelumnya belum pernah KB

DATA UMUM KESEHATAN SAAT INI

Status Obstetrik : NH P. 1 A. 0 Bayi rawat gabung ya/tidak,

Jika tidak Alasan

Keadaan Umum : baik Kesadaran composmentis

BB 31.2 Kg 128 cm

Tanda-tanda vital : TD 80/60 mmHg, Nadi : 12 x/m, suhu : 36.0 C, P 20 x/m

Kepala leher :

Kepala : kulit kepala bersih, rambut hitam tidak berketombe

Mata : konjungtiva tidak memis, sclera tidak ikterik, pupil isokor

Hidung : tidak ada polip, tidak ada sekret, hidung bersih

Mulut : Benjolan bibir simetris, tidak ada lesi, membran mukosa lembab

Telinga : simetris pendengaran normal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat kotoran

Leher : tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Masalah khusus :

Dada : bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu pernapasan, terdengar suara vesikuler,

Jantung : tidak terdapat nyeri tekan, suara paru sonor

Paru : tidak terdapat otot bantu pernapasan, gerakan thorax dextra simetris

Payudara : simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, edema

Puting susu : menonjol, bersih, colostrum sudah keluar

Pengeluaran ASI : sudah keluar

Masalah khusus : tidak ada

Abdomen :

Involusi uterus besar kontraksi baik Posisi lumbal Kandung kemih Kosong

Diastasis rektus abdominis 4 x cm

Fungsi pencernaan

Masalah khusus : Tidak ada

Perineum dan ginjal

Vagina : integritas kulit baik edema memar hematoma

Perineum : utuh episiotomi ruptur, tanda REEDAR :

R : Kemerahan

E : Edema

E : Echimosis

D : discharge ; serum/pus/darah/tidak ada

A : approximate baik/tidak

Kebersihan

Lokia : Jumlah 300 Jenis/warna merah pekat Konsistensi kental Bau Amis

Hasil pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang		
Pemeriksaan	Hasil	
Laboratorium	Pasien 2	Nilai rujuk
Hemoglobin	13.2	11.7-15.5
Leukosit	11.000	3.600-11.000
Eritrosit	5.0	3.8-5.2
Hematokrit	36	35-47
Trombosit	350.00	150.000-440.000
MCV	90	80-100
MCH	32	26-34
MCHC	34	32-36
Segmen	60	50-70
Limfosit	20	25-40
Monosit	6	2-8
Kimia	Pasien 2	Nilai rujuk
SGOT	31	0-35
SGPT	27	0-35
Gula darah	66	< 140
Ureum	40	17-43
Creatinine	0.50	< 0,90
LDH	140	50-150

Daftar Terapi obat

Daftar Terapi Obat
09 Januari 2023
1. Ceftriaxson 1gr/12 jam vial (10cc Iv)
2. Keterolak 1 Am/driv
3. Dopamin 1 ampule 3x1 (Iv)
4. IVFDRL 500 ml 20 tpm
5. Suppositoria 125mg
10 Januari 2023
1. Ceftriaxson 1gr/12 jam vial (10cc Iv)
2. Keterolak / driv
3. Dopamin 1 ampule 3x1 (Iv)
4. IVFDRL 500 ml 20 tpm
11 anuari 2023
1. Ceftriaxson 1gr/12 jam vial (10cc Iv)
2. Dopamin 1 ampule 3x1 (Iv)
3. IVFDRL 500 ml 20 tpm

Analisa Data

Data	Masalah keperawatan	Etiologi
Pasien 2		
DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi <i>section caesare</i> - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan dirasakan berkurang jika beristirahat - Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat - Pasien mengatakan skala nyeri 5, nyeri di rasakan hilang timbul. DO: - Tampak meringis - Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) - Pasien tampak pelan-pelan saat bergerak Terdapat luka bedah di bagian abdomen	Nyeri Akut	Agan Pencedera Fisik (pasca pembedahan)
DS: - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu suami - Pasien mengatakan setelah post oprasi belum mampu untuk bergerak dan berjalan karena nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan masih takut miring kanan dan kiri DO: - Aktivitas terbatas - Pasien tampak berbaring di tempat tidur pasca persalinan - Aktivitas pasien masih dibantu suaminya - Td:100/80 mmHg - Nadi:90 x/menit - Suhu: 36,2 °c - RR:20 x/menit - SPO:99 %	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri (pasca melahirkan)
DS: - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan luka post operasi <i>section caesare</i> - Pasien mengatakan nyeri dan sedikit terasa panas pada luka post <i>section caesare</i> DO: - Tampak terdapat luka sayatan dibawah umbilikus kurang lebih 10 cm - Balutan luka kering dan bersih - Warna kulit sekitar luka kemerahan	Gangguan integritas kulit	Faktor mekanis (luka post <i>section caesare</i>)

Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi Sc)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (pasca melahirkan)
3. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (luka post section caesarea)

Rencana Tindakan Keperawatan Pasien 1

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (pasca pembedahan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 1. Identifikasi respon nyeri non verbal 2. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik: 1. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS hypnosis, akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat dingin) 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kalaborasi 1. Kalaborasi pemberian analgentik	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Untuk memantau keadaan, frekuensi nyeri yang dirasakan pasien 2. Untuk mengetahui seberapa nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui apa saja yang dapat memperberat nyeri dan meringankan nyeri 5. Untuk mengetahui seberapa jauh pasien mengetahui tentang nyeri 6. Untuk mengetahui apakah nyeri mempengaruhi kehidupan pasien Terapeutik: 1. Untuk membantu pasien cara meredakan nyeri 2. Untuk memberikan pasien lingkungan yang nyaman dan aman agar meringankan rasa nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk membantu pasien dalam kenyamanan sebelum tidur Edukasi: 1. Untuk memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai priode dan penyebab nyeri 2. Untuk mengajarkan pasien tentang bagaimana meredakan nyeri 3. Untuk memantau keadaan pasien secara mandiri 4. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien Kalaborasi: 1. Untuk membantu trapi obat pasien

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (pasca melahirkan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Nyeri menurun Kecemasan menurun Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, pindah disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya keluhan nyeri atau tidak 2. Untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 3. Untuk memantau keadaan pasien sebelum dilakukan ambulasi 4. Untuk memantau keadaan umum pasien Terapeutik: 1. Untuk mempermudah pasien dalam melakukan Latihan mobilisasi 2. Untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan orang terdekat pasien Edukasi: 1. Untuk memberi informasi kepada pasien mengenai Tindakan apa yang akan di ajarkan 2. Untuk melatih kemampuan pasien mandiri 3. Untuk meningkatkan kemampuan pasien
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Factor mekanis (luka post section caesare)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: Kerusakan lapisan kulit menurun Nyeri menurun Kemerahan menurun	Perawatan Integritas Kulit Observasi: 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik: 1. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi: 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur Intervensi Pendukung A. Perawatan pasca seksio sesaria Observasi: 1. Identifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia)	Perawatan Integritas Kulit Observasi: 1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya integritas kulit Terapeutik: 1. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kulit Edukasi: 1. Untuk membantu mencukupi asupan cairan pada tubuh 2. Untuk membantu proses penyembuhan luka 3. Untuk membantu proses penyembuhan pada luka Intervensi Pendukung A. Perawatan Pasca Seksio Sesaria Observasi: 1. Untuk mengetahui Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya 2. Untuk memantau keadaan umum pasien 3. Untuk mengetahui bagaimana keadaan ibu pasca melahirkan 4. Untuk memantau keadaan luka pasien Terapeutik: 1. Untuk membuat pasien merasa lebih rileks dan meningkatkan kenyamanan 2. Untuk melatih rentan gerak pasien

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
		3. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik: 1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 2. Berikan dukungan menyusui yang memadai jika memungkinkan Edukasi: 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan Latihan ektermitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 3. Anjurkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan 4. Anjurkan ibu mengonsumsi nutrisi	3. Untuk meningkatkan rangsangan antara ibu dan bayi 4. Untuk meningkatkan kepercayaan ibu Edukasi: 1. Untuk memberitahukan perkembangan keadaan ibu dan bayi 2. Untuk melatih dan mengajarkan pasien agar merasa lebih nyaman 3. Untuk melatih keterampilan dan wawasan ibu mengenai cara menyusui yang benar 4. untuk meningkatkan nutrisi ibu dan bayi

Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Tanggal & jam	Implementasi keperawatan	Paraf & Nama	Evaluasi (SOAP)
12-01-22 Pukul : (18.00)	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas nyeri		Tanggal 12 Januari 2023 Pukul: 19.55 wib Setelah implementasi dilakukan lalu mengevaluasi semua Tindakan yang telah dilakukan kepada pasien Subjektif:
(18.20)	- Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan)		- pasien mengatakan nyeri berkurang jika beristirahat - pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk - pasien mengatakan skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarga
(18.30)	- Kolaborasi pemberian obat keterolak 1Am/driv - Kolaborasi pemberian obat dopamine 250 mg 3x1/8 jam		- Pasien mengatakan susah untuk bergerak dan berjalan karena nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan sudah Latihan miring kanan dan kiri
(19.00)	- Memfasilitasi istirahat dan tidur (menganjurkan pasien tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur) - Menjelaskan stategi meredakan nyeri (mengajarkan tehnik Tarik napas dalam) - Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri		- pasien mengatakan nyeri dan sedikit terasa panas pada luka post oprasi <i>sectio caesarea</i> - pasien mengatakan ada luka sayatan di perut - pasien mengatakan nyeri perut pada luka jahitan - pasien mengatakan susah untuk bergerak dan nyeri saat miring kanan kiri
(19.25)	- Mengidentifikasi fisik melakukan pergerakan - Memotivasi mobilisasi dini 6 jam - Memonitor pasien apakah sudah bisa melakukan miring kanan dan kiri		Objektif:
(19.30)	- Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Membantu memenuhi kebutuhan Adl pasien (menganti pempis)		- Pasien tampak meringis - Terdapat nyeri tekan - Bersikap protektif (waspada,posisi menghindari nyeri) - Pasien tampak pelan -pelan saat bergerak - aktivitas terbatas - gaya berjalan pasien tampak hati-hati saat berpindah - aktivitas pasien masih dibantu keluarga - TTV
(19.40)	- Berkalaborasi pemberian obat Suppositoria 125mg - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Memonitor kondisi luka dan balutan - Melihat karakteristik loka seperti bau,warna, jumlah		Td:100/80mmHg Nadi:92x/menit Spo2:96% Suhu:36,7 °c RR: 20x/menit - Balutan luka kering dan bersih - Tampak terdapat luka sayatan dibawah umbilikus kurang lebih 10 cm - Warna kulit daerah luka kemerahan
			Assessment: - Nyeri akut

	- Mengajukan pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur - Kolaborasi pemberian obat ceftriaxson 1gr/12jam vial (10c) iv	- Gangguan mobilitas fisik - Gangguan integritas kulit Planning: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Kolaborasi pemberian obat ketorolak 1Am/driv - Kolaborasi pemberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam - Fasilitasi istirahat dan tidur (mengajukan pasien tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur) - Jelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan teknik Tarik napas dalam) - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Hitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) - Monitor kondisi luka dan balutan - Ganti balutan luka - Lihat karakteristik luka seperti bau, warna, jumlah - Observasi keadaan luka - Anjurkan pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur - Kolaborasi pemberian obat ceftriaxson 1gr/12jam vial (10c) iv
13-01-22 Pukul : (08.00) (08.20)	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Kolaborasi pemberian obat ketorolak 1Am/driv - Kolaborasi pemberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam	Tanggal 13 Januari 2023 Pukul: 10.00 wib Setelah implementasi dilakukan lalu mengevaluasi semua Tindakan yang telah dilakukan kepada pasien Subjektif: - pasien mengatakan nyeri berkurang jika beristirahat - pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk sudah hilang timbul - pasien mengatakan skala nyeri 5 - Pasien mengatakan aktivitasnya sudah tidak dibantu keluarga - Pasien mengatakan sudah Latihan untuk bergerak dan berjalan meski masih terasa nyeri saat bergerak

(09.00)	- Memfasilitasi istirahat dan tidur (menganjurkan pasien tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan tehnik Tarik napas dalam) - Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri - Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	- pasien mengatakan nyeri dan rasa panas pada luka post oprasi <i>sectio caesarea</i> sudah hialang timbul - pasien mengatakan masih nyeri perut pada luka jahitan - pasien mengatakan sudah latihan untuk bergerak meski masih nyeri saat miring kanan dan kiri
(09.50)	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Memonitor kondisi luka dan balutan - Mengganti balutan luka - Melihat karakteristik lokea seperti bau, warna, jumlah	Objektif: - Terdapat nyeri tekan - Pasien tampak meringis menahan nyeri - aktivitas terbatas - gaya berjalan pasien tampak hati-hati saat berpindah - aktivitas pasien sudah tidak dibantu keluarga
(09.55)	- Menganjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur - Kolaborasi pemberian obat ceftriaxson 1gr/12jam vial (10c) iv	TTV Td:110/80mmHg Nadi:92x/menit Spo2:98% Suhu:36,3 °c RR: 20x/menit - Balutan luka kering dan bersih - Tampak terdapat luka sayatan dibawah umbilikus 10m - warna kulit daerah jahitan sudah tidak kemerahan Assessment: - Nyeri akut - Gangguan mobilitas fisik - Gangguan integritas kulit Planning: - Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) - Kolaborasi pemeberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Hitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Anjurkann melakukan mobilisasi dini - Monitor kondisi luka dan balutan - Ganti balutan luka - Lihat karakteristik lokea seperti bau, warna, jumlah - Anjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur - Kolaborasi pemberian obat ceftriaxson 1gr/12jam vial (10c) iv

14-01-22 Pukul : (13.00)	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Kolaborasi pemberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam - Mengajukan monitor nyeri secara mandiri - Mengajukan pasien agar menggunakan pakaian yang longgar - Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Mengajukan melakukan mobilisasi dini - Memonitor kondisi luka dan balutan - Mengganti balutan luka - Melihat karakteristik luka seperti bau, warna, jumlah - Mengajukan pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur	 Tanggal 14 Januari 2023 Pukul: 15.00 wib Setelah implementasi dilakukan lalu mengevaluasi semua Tindakan yang telah dilakukan kepada pasien Subjektif: - pasien mengatakan rasa nyeri dan rasa panas dibagian luka post oprasi section caesare sudah tidak terasa panas, hanya terasa nyeri yang masih tersisa - pasien mengatakan nyeri berkurang jika beristirahat - pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk sudah hilang timbul - pasien mengatakan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan aktivitasnya sudah tidak di bantu keluarga - Pasien mengatakan sudah Latihan berjalan ke kamar mandi meski masih terasa nyeri saat bergerak - pasien mengatakan sudah Latihan miring kanan dan kiri Objektif: - Terdapat nyeri tekan - gaya berjalan pasien tampak hati-hati saat berpindah - aktivitas pasien sudah tidak dibantu keluarga - pasien tampak sudah Latihan berpindah dari tempat tidur ke posisi duduk dan berjalan ke kamar mandi - Td:110/90mmHg Nadi:92x/menit Spo2:98% Suhu:36,3 °c RR: 20x/menit - Balutan luka kering dan bersih - Terdapat luka post section caesare di bawah umbilikus kurang lebih 10cm - Warna kulit daerah luka merah muda - Luka membaik dan tidak ada tanda-tanda infeksi Assessment: - Nyeri akut - Gangguan mobilitas fisik - Gangguan integritas kulit Planning: - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Monitor kondisi luka dan balutan secara mandiri - Anjurkan untuk kontrol luka post section caesare 1 minggu setelah pulang atau jika ada keluhan ke pelayanan terdekat - Anjurkan pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
--------------------------------	--	---

PENGKAJIAN POSTNATAL

Nama Mahasiswa : Yeni Purwaningsih
NPM : 2014401025

Tanggal Pengkajian : 09 Januari 2023
Ruangan : belima

DATA UMUM

Inisial klien : NY.W
Pekerjaan : IRT
Pendidikan : SMA
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Alamat : Jl. Danau Singkarak

Nama Suami : Algi
Pekerjaan : staf tu
Pendidikan : SMA
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa

Keluhan saat ini :

Pasien mengatakan takut untuk bergerak nyeri bertambah saat bergerak karena
luka post section caesarin

Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien mengatakan Mengeluh nyeri pada luka operasi secto caesarea terdapat Post
Operasi, dibagian bawah Perut nyeri bertambah apabila Pasien banyak bergerak
dan berkurang apabila Membatasi aktivitasnya nyeri dirasakan kadang-kadang seperti
fosfaat-saya, skala nyeri 5. Aktivitas terbatas Pasien ferindikan Hipotensi 70/40
mmHg, Nadi 90/menit, suhu 36,2°C, RR 20 x Menit, SpO 99%, Pasien mengatakan
nyeri dan panas di luka post sc

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tahun	Jenis persalinan	Penolong	Jenis	Keadaan bayi waktu lahir	Masalah kehamilan
1.	<u>20/2018/05</u>	<u>SC</u>	<u>Tim medis</u>	<u>Pr</u>	<u>sehat (BB 3,7 kg)</u>	<u>Tidak ada</u>
2	<u>09/2022/01</u>	<u>SC</u>	<u>Tim medis</u>	<u>Pr</u>	<u>sehat (BB 3,5 kg)</u>	<u>Tidak ada</u>
3						
4						

Pengalaman menyusui : ya/tidak

Berapa lama : 2 tahun

Riwayat kehamilan saat ini :

Berapa kali periksa hamil : 3 x

Masalah kehamilan : -

Riwayat Persalinan

Jenis persalinan : Spontan (letkep/letsu) Tindakan EE/EV

Jenis kelamin bayi : L(P) BB/PB 3,5 gram/ 38 cm, A/S

Perdarahan : tidak

Masalah dalam persalinan :

Riwayat ginekologi

Menarche : 15 tahun

siklus : 28 hari

lama : 5-7 tekstur kental warna terang

saat ini merupakan kehamilan mak ke dua

Masalah ginekologi

tidak terdapat masalah ginekologi

Riwayat KB

Pasien Menggunakan Menggunakan Kb Hormonal (pil)

DATA UMUM KESEHATAN SAAT INI

Status Obstetrik : NH P. 2 A. 6 Bayi rawat gabung : ☒ ya / tidak,

Jika tidak Alasan

Keadaan Umum : baik Kesadaran composmentis

BB 70 Kg / 140 cm

Tanda-tanda vital : TD 90/60 mmHg, Nadi : 90 x/m, suhu : 36,0 C, P .. 20 x/m

Kepala leher

Kepala : Bersih rambut tidak rontok, tidak ada lesi, tidak ada benjolan

Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera : tidak ikterik, pupil : isokoris

Hidung : Tidak ada polip, tidak ada sekret, hidung bersih

Mulut : bentuk bibir simetris tidak ada lesi dan karies, membran mukosa lembab

Telinga : simetris pendengaran normal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat kotoran

Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Masalah khusus : Tidak ada

Dada : Inspeksi, bentuk simetris, tidak ada otot bantu pernafasan, auskultasi : terdengar napas

Jantung : vesikuler, palpasi tidak terdapat nyeri tekanan, taktil fremitus normal ekspansi

Paru : dinding dada normal, perkusi : suara paru sonor, tidak ditemukan kelainan

Payudara : simetris tidak ada lesi, tidak ada benjolan, edema

Puting susu : menonjol, bersih, colostrum sudah keluar

Pengeluaran ASI : ASI sudah keluar

Masalah khusus :

Abdomen :

Involusi uterus baik kontraksi baik Posisi ^{pusar} baik Kandung kemih Kosong

Diastasis rektus abdominis 2 x cm

Fungsi pencernaan

Masalah khusus : Tidak ada

Perineum dan ginjal

Vagina : integritas kulit baik edema memar hematom

Perineum : utuh / episiotomi / ruptur, tanda REEDAR :

R : Kemerahan

E : Edema

E : Echimosis

D : discharge ; serum/pus/darah/tidak ada

A : approximate baik/tidak

Kebersihan

Lokia : Jumlah 200ml Jenis/warna merah pekat Konsistensi kental Bau Amis

Hemorrhoid : derajat Lokasi
Berapa lama nyeri : ya/tidak
Masalah khusus
Ekstremitas
Ekstremitas atas : edema ya/tidak
Ekstremitas bawah : edema ya/tidak, lokasi
Varises : ya/tidak, lokasi
Tanda Homan's : +/-
Masalah khusus :

Eliminasi

Urine : kebiasaan BAK 5-6 kali / hari
BAK saat ini 700 ml nyeri : ya/tidak
BAB : kebiasaan BAB 1-2 x / sehari
BAB saat ini konstipasi : ya/tidak
Masalah khusus : Tidak ada

Istirahat dan kenyamanan

Pola tidur : Kebiasaan tidur, lama 8 jam, frekuensi 7-8 pola tidur saat ini
Keluhan ketidaknyamanan : ya/tidak, lokasi abdomen Post SC
Sifat intensitas

Mobilisasi dan latihan

Tingkat mobilisasi Pasien tampak latihan berjalan ke kamar mandi
Latihan senam Tidak
Masalah khusus Tidak ada

Nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi 1/2 porsi
Asupan cairan 2 x / sehari cukup/kurang
Masalah khusus Tidak ada
Keadaan mental
Adaptasi psikologis Pasien mengatakan senang atas kelahiran anak ke dunyanya
Pencernaan terhadap bayi baik
Masalah khusus Tidak ada

Kemampuan menyusui Pasien mengatakan memiliki pengalaman menyusui dari sebelumnya
Obat-obatan Tidak
Hasil pemeriksaan penunjang

Rangkuman hasil pengkajian :

ny.w usia 20 tahun dirawat di ruang deuma kamar 2D, Asup Dr. H. Abdul Moelek
Provinsi Lampung, status obstetri : P. A. 0. 1. 2. keluhan Ibu saat ini Pasien tampak lemah
Pucat, Jari kaki dan tangan terasa dingin. Pasien mengatakan nyeri pada luka abdomen. Pada
luka Post SC nyeri yang dirasakan hilang. Timbuli skala nyeri 5. Pasien memiliki pengalaman
menyusui

Masalah :

Tidak ada

Hasil pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang		
Pemeriksaan laboratorium	Hasil	
	Pasien 1	Nilai rujuk
Hemoglobin	13.4	11,7-15,5
Leukosit	13,600	3.600-11.000
Eritrosit	4.5	3,8-5,2
Hematokrit	39	35-47
Trombosit	362,000	150.000-440.000
MCV	88	80-100
MCH	30	26-34
MCHC	34	32-36
Segmen	68	50-70
Limfosit	15	25-40
Monosit	7	2-8
Kimia	Pasien 1	Nilai rujuk
SGOT	32	0-35
SGPT	26	0-35
Gula darah	70	<140
Ureum	35	17-43
Creatinine	0.60	<0,90
LDH	138	50-150

Daftar Terapi Obat

Daftar Terapi Obat
09 Januari 2023
1. Ceftriaxson 1gr/12 jam vial (10cc Iv) 2. Keterolak 1 Am/driv 3. Dopamin 1 ampule 3x1 (Iv) 4. IVFDR L 500 ml 20 tpm 5. Suppositoria 125mg
10 Januari 2023
1. Ceftriaxson 1gr/12 jam vial (10cc Iv) 2. Keterolak / driv 3. Dopamin 1 ampule 3x1 (Iv) 4. IVFDR L 500 ml 20 tpm
11 Januari 2023
1. Ceftriaxson 1gr/12 jam vial (10cc Iv) 2. Dopamin 1 ampule 3x1 (Iv) 3. IVFDR L 500 ml 20 tpm

Analisa Data

Data	Masalah keperawatan	Etiologi
Pasien 1		
DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi <i>section caesare</i> - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan dirasakan berkurang jika beristirahat - Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat - Pasien mengatakan skala nyeri 5, nyeri di rasakan hilang timbul. DO: - Tampak meringis - Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) - Pasien tampak pelan-pelan saat bergerak Terdapat luka bedah di bagian abdomen	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (pasca pembedahan)
DS: - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu suami - Pasien mengatakan setelah post oprasi belum mampu untuk bergerak dan berjalan karena nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan masih takut miring kanan dan kiri DO: - Aktivitas terbatas - Pasien tampak berbaring di tempat tidur pasca persalinan - Aktivitas pasien masih dibantu suaminya - Td:110/80 mmHg - Nadi:90 x/menit - Suhu: 36,2 °c - RR:20 x/menit - SPO:99 %	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri (pasca melahirkan)
DS: - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan luka post operasi <i>section caesare</i> - Pasien mengatakan nyeri dan sedikit terasa panas pada luka post <i>section caesare</i> DO: - Tampak terdapat luka sayatan dibawah umbilikus kurang lebih 10 cm - Balutan luka kering dan bersih - Warna kulit sekitar luka kemerahan	Gangguan integritas kulit	Faktor mekanis (luka post <i>section caesare</i>)

Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi Sc)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (pasca melahirkan)
3. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (luka post section caesarea)

Rencana Tindakan Keperawatan Pasien 2

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (pasca pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 1. Identifikasi respon nyeri non verbal 2. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik: 1. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS hypnosis, akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi,kompres hangat dingin) 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1. Anjurkan monitor nyeri secara ,mandiri 2. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kalaborasi 1. Kalaborasi pemebrian analgentik	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Untuk memantau keadaan ,frekuensi nyeri yang dirasakan pasien 2. Untuk mengetahui seberapa nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui sapa saja yan dapat memperberat nyeri dan meringankan nyeri 5. Untuk mengetahui seberapa jauh pasien mengetahui tentang nyeri 6. Untuk mengetahui apakah nyeri mempengaruhi kehidupan pasien Terapeutik: 1. Untuk membantu pasien cara meredakan nyeri 2. Untuk memberikan pasien lingkungan yang nyaman dan aman agar meringankan rasa nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk membantu pasien dalam kenyamanan sebelum tidur Edukasi: 1. Untuk memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai priode dan penyebab nyeri 2. Untuk mengajarkan pasien tentang bagaimana meredakan nyeri 3. Untuk memantau keadaan pasien secara mandiri 4. Untuk mengurasi rasa nyeri yang di rasakan pasien Kalaborasi: 1. Untuk membantu trapi obat pasien

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (pasca melahirkan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Nyeri menurun Kecemasan menurun Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya keluhan nyeri atau tidak 2. Untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 3. Untuk memantau keadaan pasien sebelum dilakukan ambulasi 4. Untuk memantau keadaan umum pasien Terapeutik: 1. Untuk mempermudah pasien dalam melakukan Latihan mobilisasi 2. Untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan orang terdekat pasien Edukasi: 1. Untuk memberi informasi kepada pasien mengenai Tindakan apa yang akan di ajarkan 2. Untuk melatih kemampuan pasien mandiri 3. Untuk meningkatkan kemampuan pasien
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Factor mekanis (luka post section caesare)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: Kerusakan lapisan kulit menurun Nyeri menurun Kemerahan menurun	Perawatan Integritas Kulit Observasi: 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik: 1. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi: 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur Intervensi Pendukung A. Perawatan pasca seksio sesaria Observasi: 1. Identifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia)	Perawatan Integritas Kulit Observasi: 1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya integritas kulit Terapeutik: 1. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kulit Edukasi: 1. Untuk membantu mencukupi asupan cairan pada tubuh 2. Untuk membantu proses penyembuhan luka 3. Untuk membantu proses penyembuhan pada luka Intervensi Pendukung A. Perawatan Pasca Seksio Sesaria Observasi: 1. Untuk mengetahui Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya 2. Untuk memantau keadaan umum pasien 3. Untuk mengetahui bagaimana keadaan ibu pasca melahirkan 4. Untuk memantau keadaan luka pasien Terapeutik: 1. Untuk membuat pasien merasa lebih rileks dan meningkatkan kenyamanan 2. Untuk melatih rentan gerak pasien

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
		3. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik: 1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 2. Berikan dukungan menyusui yang memadai <i>jika memungkinkan</i> Edukasi: 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan Latihan ektermitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 3. Anjurkan ibu cara menyusui, <i>jika memungkinkan</i> 4. Anjurkan ibu mengosumsi nutrisi	3. Untuk meningkatkan rangsangan antara ibu dan bayi 4. Untuk meningkatkan kepercayaan ibu Edukasi: 1. Untuk memberitahukan perkembangan keadaan ibu dan bayi 2. Untuk melatih dan mengajarkan pasien agar merasa lebih nyaman 3. Untuk melatih keterampilan dan wawasan ibu mengenai cara menyusui yang benar 4. untuk meningkatkan nutrisi ibu dan bayi

Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Tanggal & jam	Implementasi keperawatan	Paraf & Nama	Evaluasi (SOAP)
09-01-22 (17.00)	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan)		Tanggal 09 januari 2023 Pukul: 17.10 wib Setelah implementasi dilakukan lalu mengevaluasi semua Tindakan yang telah dilakukan Subjektif: - pasien mengatakan tidak nyaman dengan luka post oprasi <i>section caesare</i> - pasien mengatakan masih nyeri dan sedikit terasa panas dibagian luka post oprasi <i>section caesare</i> - pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat beristirahat - pasien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat - pasien mengatakan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu suami - Pasien mengatakan setelah post operasi belum mampu untuk bergerak dan berjalan karena nyeri saat bergerak - pasien mengatakan masih takut untuk miring kanan kiri - pasien mengatakan luka pada jahitan post operasi terasa nyeri dan panas Objektif: - Pasien tampak meringis - Bersikap protektif (waspada, menghindari nyeri) - Pasien tampak hati-hati saat bergerak - Skala nyeri 5 - aktivitas terbatas - pasien tampak berbaring di tempat tidur pasca persalinan - aktivitas pasien masih dibantu suaminya - TTV
(17.10)	- Berkolaborasi pemberian obat keterolak 1Am/driv - Berkolaborasi pemberian obat dopamin 250mg 3x1/8 jam		
(17.20)	- Memfasilitasi istirahat dan tidur (menganjurkan pasien tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan tehnik Tarik napas dalam) - Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri		
(17.25)	- Memonitor pasien apakah sudah bisa miring kanan dan kiri - Mengidentifikasi kemampuan fisik melakukan pergerakan - Membantu memenuhi kebutuhan Adl pasien (menganti pemps)		
(17.40)	- Berkalaborasi pemberian obat Suppositoria 125mg		
(17.50)	- Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (memasang pagar tempat tidur) - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Memonitor kondisi luka dan balutan		

(18.00)	- Melihat karakteristik luka seperti bau, warna, jumlah - Mengobservasi keadaan luka - Menganjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur		Td:110/800mmHg Nadi:90x/menit Spo2:99% Suhu:36,2 °C RR:20x/menit - Tampak terdapat luka sayatan dibawah umbilikus kurang lebih 10 cm - Balutan luka kering dan bersih - Warna kulit sekitar luka kemerahan Assessment: - Nyeri akut - Gangguan mobilitas fisik - Gangguan integritas kulit Planning: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Kolaborasi pemberian obat ketorolak 1Am/driv - Kolaborasi pemberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam - Fasilitasi istirahat dan tidur (menganjurkan pasien tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur) - Jelaskan stategi meredakan nyeri (mengajarkan tehnik Tarik napas dalam) - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri. Anjurkan Latihan miring kanan dan kiri - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) - Monitor kondisi luka dan balutan - Ganti balutan luka
(18.45)	- Berkolaborasi pemberian obat ceftriaxon 1gr/12jam vial (10c) iv		

			- Lihat karakteristik lokea seperti bau, warna, jumlah - Anjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur - Kolaborasi pemberian obat ceftriaxson 1gr/12jam vial (10c) iv
10-01-22 Pukul : (08.00)	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)		Tanggal 10 Januari 2023 Pukul: 12.40 wib Setelah implementasi dilakukan lalu mengevaluasi semua Tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Subjektif: - pasien mengatakan masih tidak nyaman dengan luka post oprasi <i>section caesare</i> - pasien mengatakan rasa nyeri dan rasa panas dibagian luka post oprasi <i>section caesare</i> sudah tidak terasa panas, hanya terasa nyeri yang masih tersisa - pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat beristirahat - pasien mengatakan rasa nyeri seperti tersayat-sayat sudah hilang timbul hanya Ketika di bawa bergerak rasa nyeri masih terasa. - pasien mengatakan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan aktivitasnya sudah tidak dibantu suami - Pasien mengatakan sudah Latihan berjalan dan miring kanan dan miring kiri meski masih nyeri saat bergerak Objektif: - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Pasien tampak hati-hati saat bergerak - aktivitas terbatas - pasien tampak sudah latihan berpindah dari tempat tidur ke kursi - aktivitas pasien sudah tidak dibantu suami - TTV Td: 120/80 mmHg Nadi: 90x/menit SpO2: 99%
(08.20)	- Berkolaborasi pemberian obat ceftriaxson 1gr/12jam vial (10c) iv - Berkolaborasi pemberian obat dopamin 250 gm 3x1/8 jam		
(09.00)	- Memfasilitasi istirahat dan tidur (menganjurkan pasien tidur lebih awal membaca doa sebelum tidur)		
(10.00)	- Menjelaskan strategi meredakan nyeri (mengajarkan tehnik Tarik napas dalam) - Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri - Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Menganjurkan Latihan miring kanan dan kiri - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		
(10.15)	- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)		
(11.00)	- Memonitor kondisi luka dan balutan - Mengganti balutan luka		

	- Melihat karakteristik lokea seperti bau, warna, jumlah - Memberikan obat keterolak 1Am/driv - Menganjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur		Suhu: 36,6 °C RR: 20x/menit - Tampak terdapat luka sayatan dibawah umbilikus kurang lebih 10cm - Balutan luka kering dan bersih - Warna kulit sekitar luka sudah tidak kemerahan Assessment: - Nyeri akut - Gangguan mobilitas fisik - Gangguan integritas kulit Planning: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Kolaborasi pemberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Hitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Monitor kondisi luka dan balutan - Ganti balutan luka - Lihat karakteristik lokea seperti bau, warna, jumlah - Anjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur - Kolaborasi pemberian obat ceftriaxon 1gr/12jam vial (10c) iv
11-01-22 Pukul : (13.00) (13.40)	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Kolaborasi pemberian obat dopamin 250 mg 3x1/8 jam - Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri		Tanggal 11 Januari 2023 Pukul: 15.00 wib Setelah implementasi dilakukan lalu mengevaluasi semua Tindakan yang telah dilakukan kepada pasien Subjektif: - pasien mengatakan rasa nyeri seperti tersayat-sayat sudah hilang timbul - pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat beristirahat - pasien mengatakan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan aktivitasnya sudah tidak dibantu suami

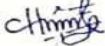
(14.20)	- Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital sebelum memulai ambulasi - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	- Pasien mengatakan sudah Latihan berjalan ke kamar mandi dan miring kanan dan miring kiri - pasien mengatakan rasa nyeri dan rasa panas dibagian luka post oprasi <i>section caesare</i> sudah tidak terasa panas, hanya terasa nyeri yang masih terasa
(14.30)	- Memonitor kondisi luka dan balutan - Mengganti balutan luka - Melihat karakteristik luka seperti bau, warna, jumlah	Objektif: - pasien tampak sudah latihan pergi ke kamar mandi dan Latihan duduk - aktivitas pasien sudah tidak dibantu suami
(14.40)	- Kolaborasi pemberian obat ceftriaxon 1gr/12jam vial (10c) iv	TTV Td:120/90mmHg Nadi:90x/menit Spo2:99% Suhu:36,6 °c RR:20x/menit - Terdapat luka sayatan di bawah umbilikus kurang lebih 10cm - Balutan luka kering dan bersih - Warna kulit sekitar luka merah muda - Luka membaik dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi - Pasien tampak masih menahan nyeri dan hati-hati saat bergerak
(14.50)	- Menganjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur	Assessment: - Nyeri akut - Gangguan mobilitas fisik - Gangguan integritas kulit Planning: - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Anjurkann melakukan mobilisasi dini - Monitor kondisi luka dan balutan secara mandiri - Anjurkan untuk kontrol luka post <i>section caesare</i> 1 minggu setelah pulang atau jika ada keluhan ke pelayanan terdekat - Anjurkan pasien untuk mengosumsi buah dan sayur

Lampiran 7

	POLTEKKE	KODE :	
	S KEMENKES TANJUNGGARANG	TGL :	
	Formulir	REVISI :	
	Masukan & Perbaikan KTI / Skripsi / LTA	HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama : YENI PURWANINGSIH
 NIM : 2014401035
 Prodi : D-III keperawatan Tanjung Karang
 Judul : Asuhan keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan pada pasien Post partum Sectio Caesarea dengan Resiko Hipotensi di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Dosen
1.	17/05/2023	Revisi Sepasi tanjung karang tidak dipisah		
2.	19/05/2023	kebutuhan aktifitas menjadi kebutuhan nyeri dan kenyamanan		
3.	19/05/2023	1 Dx saja yang dibahas		
4.	20/05/2023	kata kunci jangan terlalu panjang		
5.	22/05/2023	Tambahkan materi diastolik dan sistolik di konsep Penyakit		
6.	20/05/2023	Spasi abstrak 5-7		
7.	20/05/2023	Penulisan - menjadi s.d		

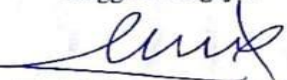
Bandar Lampung, 05 Mei 2023

Ketua Penguji

Anggota Penguji I

Anggota Penguji II


 Dr. Ns. Anita, M.Kep., Sp.Mat.
 NIP. 19690210199921222001


 Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep
 NIP. 197111291994021001


 Ns. Sunarsih S.Kep., MM
 NIP. 196808271987112001