

LAMPIRAN

Jadwal Pelaksanaan Karya Ilmiah Akhir Ners

No	Kegiatan	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni
1.	Pengajuan judul KIAN						
2.	Perbaikan judul KIAN						
3.	Penyusunan draf KIAN						
4.	Pengambilan data KIAN						
5.	Penyusunan KIAN						
6.	Seminar hasil KIAN						

**SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA
KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : Suprihatin, S.Kep., Ns
NIP : 2016198209040

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa mahasiswa/wi berikut :
Nama : Elva Nuri Sakinah
NIM : 2314901020
Prodi : Profesi Ners Poltekkes Tanjungkarang
Jurusan : Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

Memang benar mahasiswa/wi tersebut telah melaksanakan kegiatan pengambilan data pasien untuk kepentingan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) di Ruang Kebidanan di RS. Bhayangkara Polda Lampung pada tanggal 06 Mei – 11 Mei 2024.
Demikian surat keterangan pengambilan data KIAN ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, 10 Mei 2024

Clinical Instructure



Suprihatin, S.Kep., Ns
NIP. 2016198209040



**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGGARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PRODI PROFESI NERS**



Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung
Telp : 0721-783852 Facsimile : 0721 – 773918
Website : www.bppsdmk.depkes.go.id/poltekkestanjungkarang E-mail :
poltekkestanjungkarang@yahoo.co.id

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : *Ny. D*

Usia : *16 thn*

Alamat : *Hajimena*

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian :

Nama Peneliti : Elva Nuri Sakinah

Institusi : Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian, dengan judul “Analisis Menyusui Tidak Efektif Pada Pasien Post Operasi *Sectio Caesarea* Dengan Intervensi Pemberian Teknik Pijat *Woolwich* di RS Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2024” dan saya yakin tidak membahayakan bagi kesehatan dan dijamin kerahasiaannya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan.

Bandar Lampung, Mei 2024

Menyetujui,

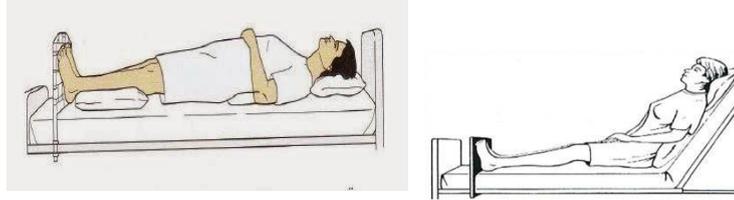
Peneliti

(Elva Nuri Sakinah)

Responden

.....
Diny

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEKNIK WOOLWICH MASSAGE	
Pengertian	Suatu metode pemijatan melingkar menggunakan kedua ibu jari pada area <i>sinus laktiferus</i> tepatnya 1-1,5 cm diluar <i>areola mammae</i> selama 15 menit.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan refleks prolaktin dan refleks oksitosin 2. Memperbanyak produksi ASI 3. Mencegah terjadinya peradangan atau bendungan payudara serta mastitis
Manfaat	Untuk meningkatkan produksi ASI.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi yang nyaman bagi pasien 2. Pasien dalam kondisi yang sadar 3. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar <i>informed consent</i> 2. Handuk 3. Minyak baby oil
Sikap dan Perilaku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa pasien dengan ramah dan sopan 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 3. Menanyakan kesiapan pasien 4. Menjaga privasi pasien
Cara Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pencucian tangan. 2. Menjaga privasi pasien. 3. Melepaskan pakaian atas klien. 4. Pasien duduk atau baring dengan tenang



5. Mengolesi kedua tangan dengan minyak zaitun
6. Melakukan pemijatan melingkar menggunakan kedua ibu jari pada area *sinus laktiferus* tepatnya 1-1,5 cm diluar *areola mammae* selama 15 menit.

a. Gerakan pertama



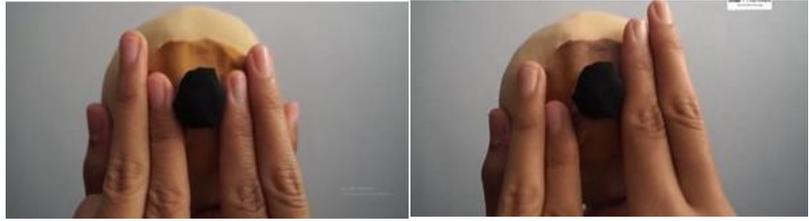
Menggerakkan ketiga jari lalu maju kearah puting dan masing-masing jari melengkung ke atas sehingga menyentuh sisi puting . gerakan ini dilakukan sebanyak 30 kali.

b. Gerakan kedua



Menggunakan kedua ibu jari tangan kanan dan kiri secara lurus berada di sisi puting, kemudian gerakkan kearah atas dan kebawah secara berlawanan. gerakan ini dilakukan sebanyak 30 kali.

c. Gerakan ketiga



Menggunakan kedua jari atau tiga jari masing-masing yang berada diputing susu. Kemudian gerakkan ke arah atas dan ke bawah secara berlawanan. Gerakan ini dilakukan sebanyak 15 kali.

d. Gerakan keempat



Menggunakan kedua ibu jari tangan kanan dan kiri yang berada disamping atas dan bawah puting susu, kemudian gerakkan secara berulang. Gerakan ini dilakukan sebanyak 15 kali

Sumber: Pamuji, 2014

LEMBAR OBSERVASI
PENERAPAN PIJAT WOOLWICH PADA IBU NIFAS

No	Tanda Bayi cukup ASI	Pengeluaran ASI Selama Pemantauan			
		Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4
1.	Berapa kali bayi minum ASI dalam 1 hari?	4 kali	6 kali	8 kali	9 kali
2.	Apa warna kotoran dan berapa frekuensinya dalam 1 hari?	Hijau kehitaman	Hijau kehitaman	Kuning	Kuning
3.	Berapa kali bayi BAK dalam 1 hari?	3 kali	4 kali	5 kali	7 kali
4.	Apakah warna kulit bayi?	Kemerahan	Kemerahan	Kemerahan	Kemerahan
5.	Apakah ibu mendengar suara saat bayi menelan ASI	Mendengar	Mendengar	Mendengar	Mendengar
6.	Apakah berat bayi bertambah? Berapa?	Belum dilakukan	Belum dilakukan	Belum dilakukan	Belum dilakukan
7.	Apakah bayi menyusu dengan kuat?	Belum kuat	Belum kuat	kuat	Kuat

8.	Apakah bayi kelihatan puas, sewaktu-waktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup?	Belum puas	Belum puas	puas	puas
9.	Apakah payudara ibu terasa lebih lembek? Yang menandakan ASI telah habis	Tidak	Tidak	Iya	Iya

Lampiran : Laporan ASKEP

**ASUHAN KEPERAWATAN *SECTIO CAESAREA* PADA NY. D DENGAN MASALAH MENYUSUI
TIDAK EFEKTIF DI RS BHAYANGKARA POLDA LAMPUNG**

A. Identitas Pasien

Nama : Ny. D
Umur : 16 th
Jenis Kelamin : P
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : tidak bekerja (IRT)
Tgl MRS : 06/05/2024, 14.40 WIB
Tgl Pengkajian : 07/05/2024, 14.00 WIB
Nomor MR : 037513

Dx. Medis : G1P1A0 CPD + sungsang + 40 minggu

Alamat : Sidosari, Hajimena, Lampung Selatan

B. Riwayat Kesehatan

1. Cara Masuk :

Pasien masuk melalui poli pada tanggal 06 Mei 2024 pukul 14.40 WIB diantar oleh keluarganya masuk dengan berjalan.

2. Status Mental Saat Masuk :

Pasien kesadaran composmentis GCS E4V5M6 dengan TD : 125/85 mmHg, HR : 100 x/m, S :36,9° C, RR : 22x/m, skala nyeri 5, lokasi pembedahan pada daerah perut, penilaian resiko jatuh 20 (tidak berisiko)

3. Keluhan Utama: ASI belum keluar

4. Riwayat Penyakit Sekarang:

Pasien datang ke rumah sakit melalui poli diantar keluarga pada hari senin, 6 Mei 2024 pukul 14.40 dengan keluhan posisi bayi sungsang dan dokter merencanakan tindakan operasi *sectio caesarea* tanggal 7 Mei 2024, status obstetri G1P1A0 hamil 40 minggu dengan letak sungsang+CPD. Pasien dikaji pada tanggal 7 Mei 2024, pukul 14.00, ibu mengatakan ASI belum keluar, merasa badan lemas, belum bisa bergerak karena ada luka operasi, belum mencoba menyusui dan bayi diberikan susu formula. Keluarga mengatakan control ke puskesmas pada tanggal 28 April 2024, setelah dilakukan pemeriksaan oleh bidan diketahui posisi bayi bagian bawah adalah bokongkemudian ibu dirujuk ke RS untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut ke dokter kandungan. Setelah dilakukan pemeriksaan USG di poli kebidanan oleh dokter kandungan ibu disarankan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* pada tanggal 7 Mei 2024.

Ibu diantar ke ruangan pada tanggal 6 Mei 2024 pukul 14.40 WIB, Ibu D direncanakan tindakan SCTP hari Selasa, 7 Mei 2024 pukul 07.00 WIB.

5. Riwayat Alergi (Obat, makanan dll):

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan.

6. Riwayat Penyakit Dahulu:

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit DM, HT, Jantung dan belum pernah mengalami masalah ginekologi yang membutuhkan perawatan di rumah sakit serta belum pernah mengalami tindakan operasi.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Ibu mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit DM, HT, Jantung atau penyakit degenerative lainnya serta tidak mempunyai penyakit menular seperti hepatitis B, TBC, cacar, HIV/AIDS, malaria dan lain-lain.

8. Riwayat kehamilan saat ini

Ibu belum memiliki pengalaman menyusui karena ini adalah kehamilan pertamanya. Ibu memeriksa kehamilan sebanyak 8 kali selama hamil

Masalah kehamilan:

Pada awal kehamilan ibu mengeluh mual kadang muntah, pegal-pegal pada pinggang dan kaki serta pusing. Pada pemeriksaan kehamilan ibu mengalami masalah letak janin yaitu sungsang presentasi bokong, ibu mengatakan sudah mencoba posisi sujud namun sampai menjelang tanggal persalinan tidak ada perubahan posisi pada bayi. Selama kehamilan ibu jarang melakukan senam hamil.

9. Riwayat persalinan

Jenis persalinan: SCTP

Jenis kelamin bayi: L dengan berat 3300 gram, PB 48 cm, LK 33 cm, LD 32 cm, LP 28 cm, skor APGAR 8, menangis spontan, Anus (+)

Perdarahan: 300cc

IMD: tidak dilakukan

Masalah dalam persalinan tidak ada

10. Riwayat obstetri

Riwayat menstruasi:

Menarche: umur 13 tahun

Lama: \pm 7 hari

Banyaknya darah: 3-4 kali

Ganti pembalut/hari

Bau: berbau amis

Warna darah: merah kecoklatan

HPHT: 15 Juli 2023

HPL: 22 April 2024

11. Riwayat kehamilan yang lalu

Tidak ada

C. Anamnesis Pengkajian Pola Fungsional

1. Hasil Pengkajian Keperawatan

- a. Kondisi Kesehatan Umum Klien : ibu terlihat lemah, melakukan pemenuhan kebutuhan dibantu oleh keluarganya.
- b. Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yang selama ini dilakukan (termasuk merokok dan manajemen stres)
Pasien mengatakan saat perutnya terasa sakit dan kram biasanya langsung dibawa ke puskesmas Hajimena dan berobat disana
- c. Upaya perlindungan kesehatan yang dilakukan pasien (medical check up, kunjungan faskes dan JKN)

Pasien memiliki kartu BPJS yang digunakan untuk memeriksa kesehatan selama kehamilannya di puskesmas Hajimena.

d. Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

Tidak ada

e. Riwayat medis, hospitalisasi dan pembedahan

Pasien mengatakan belum pernah mengalami tindakan operasi.

2. Kategori Fisiologis

a. Respirasi

Pasien dengan RR : 22 x/m, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sianosis, tidak ada bantuan oksigen tambahan

b. Sirkulasi

N : 100 x/m , CRT < 3 detik, akral teraba hangat, pupil isokor, TD : 125/ 85 mmHg, S : 36,9 C, SPO2 : 98%

c. Nutrisi dan Cairan

Pasien dengan Diet MB TKTP, pasien menghabiskan satu porsi makan, pasien tidak mual, pasien terpasang infus RL 20 tpm, tidak terdapat edem,

d. Eliminasi

Pasien terpasang DC 16 fr saat pengkajian *urinebag* sudah terisi 1000cc dengan warna urine kuning pekat, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk RS

e. Aktivitas dan Istirahat

Pasien mengatakan jika tidurnya sering terbangun karena khawatir dengan bayinya, pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

f. Neurosensori

Pasien tidak mengeluh nyeri kepala

g. Reproduksi & Seksual

Pasien dengan post SC

3. Psikologis

- a. Kekhawatiran ibu terhadap ASI yg belum keluar, Pasien mengatakan berharap agar segera sembuh dan membaik agar bisa melakukan tugasnya sebagai seorang ibu.

4. Kemampuan menyusui

Pasien mengatakan belum pernah menyusui sebelumnya, dikarenakan ASI nya belum keluar sehingga belum memberikan ASI kepada anaknya.

5. Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran : composmentis
b. Glasgow Come Scale (GCS) :
c. TTV:

TD : 125/85 mmHg

Suhu : 36,9°C

SpO2 : 98%

Nadi : 100x/menit

RR : 22x/menit

c. Kepala & Leher:

Kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, berwarna hitam, rambut tidak mudah rontok, tidak ada flek hitam diwajah, tidak ada edema, tampak pucat

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limpa, tidak ada distensi vena jugularis

d. Mata, Hidung, Telinga:

Bentuk simetris, pupil isokor, konjungtiva ananemis, sklera tidak ikterik, kornea jernih, tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, tidak ada serumen, ketajaman pendengaran baik.

e. Thorax (Jantung&Paru):

Jantung:

I = tidak ada luka, tidak ada pembengkakan

Pa = tidakada benjolan

P = terdengar suara redup pada batas jantung;

A = suara jantung BJ1 dan BJ2 (lup-dup)

Paru:

I = simetris kanan kiri, tidak ada pembengkakan pada dada, tidak ada luka

Pa = pergerakan dada simetris kanan dan kiri

P = terdengar sonor

A = suara napas vesikuler kanan kiri

f. Abdomen:

I = bentuk abdomen simetris, terdapat luka post *sectio caesarea* di perut bawah diatas simfisis pubis ± 12 cm

A = bising usus terdengar 10x/menit

Pa = Terdapat luka post operasi *sectio caesarea* ± 12 cm

P = terdengar tympani

g. Genetalia:

tidak ada riwayat haemoroid, terpasang DC 1000cc warna kemerahan (pagi sudah penuh 2000cc dan sudah dibuang)

h. Ekstremitas:

Pasien mengatakan jika bergerak takut jahitannya lepas, pasien mengeluh lemas, tidak ada oedem, terpasang IVFD di tangan kanan.

Kekuatan otot:

5555	5555
5555	5555

i. Status Lokasi Pembedahan (abdomen)

Inspeksi (*look*)

Bengkak : tidak

Kemerahan (eritema) : tidak

Perdarahan (bleeding) : tidak

Palpatio (*feel*)

Nyeri tekan : ada

Krepitasi : tidak

Massa/benjolan : tidak

Gerakan (*move*)

Limitasi gerak : ada

Nyeri saat gerakan aktif dan pasif : ada

D.Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

1. Pemeriksaan Laboratorium (07 Mei 2024)

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Satuan	Nilai Normal
Darah Lengkap			
Hemoglobin	10,7	g/dL	12 - 15
Hematokrit	32	%	35 - 49
Jumlah eritrosit	3.9	$10^6/\mu\text{L}$	4.0 - 5.4
MCV	82	fl	80 - 94
MCH	27	pg	29 - 32
MCHC	33	g/dl	32 - 36
RDW-CV	18.2	%	11.5 - 14.5
Jumlah Leukosit	24.300	ul	4.500- 11.500
Basofil	0	%	0 - 2
Eosinofil	0	%	1 - 3
Neutrofil batang	1	%	2 - 6
Neutrofil segmen	89	%	50 - 70
Limfosit	5	%	18 - 42
Monosit	5	%	2 - 11
Trombosit	173.000	ul	159 - 400

2. USG

Letak kepala janin berada di atas di perut kanan

E. Daftar Terapi (Obat, Cairan, dll)

Nama	Dosis Rute Pemberian	Mulai Pemberian	Indikasi (lihat DOI)	Efek Samping (Lihat DOI)
Ringer lactat	500cc/ 20 tpm/ IVFD		Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit	Asidosis laktat, hiperkalemia
Katerolac	30 mg			
Ceftriaxone	1 gr			

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/ respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gg sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gg sensori pd 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gg sensori, berespon penuh thd perintah verbal	2
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringan atau urine basah	2. Kulit lembab	3. Kulit kadang- kadang lembab	4. Kulit kering	2
Aktivitas	1. Tergeletak di TT	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar ruangan	1
Mobilitas	1. Tidak mampu gerak	2. Tidak dapat merubah posisi scr tepat & teratur	3. Dpt merubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dpt merubah posisi tidur tanpa bantuan	3
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makan atau intake cairan < jmlh optimum	3. Menghabiskan > ½ porsi makannya	4. Dpt menghabiskan porsi makannya, tak perlu suplemen nutrisi	4
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur, atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dpt bergerak bebas tanpa gesekan		2
SKOR					16

D. Analisis Data

Nama klien : Ny. D
Dx medis : G1P1A0 post *sectio caesarea*
Ruang : Ruang asoka kebidanan RS Bhayangkara
No. MR : 037513

No	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan ASI belum keluar- Pasien mengatakan merasa cemas karena tidak dapat memberikan ASI eksklusif pada bayinya- Ibu mengatakan belum menyusui- Ibu mengatakan bayi diberi susu formula <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak ASI tidak memancar keluar- ASI tampak belum keluar saat diperah- Wajah pasien tampak gelisah- Tampak bayi tidak mau melekat pada payudara ibu- Bayi tampak menangis ketika disusui- Bayi tampak tidak menghisap terus menerus	<p>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</p>	<p>Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui ketidakadekuatan refleks oksitosin</p>
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi- Pasien mengatakan nyeri seperti ditarik, perih- Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah (luka bekas operasi)- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Wajah pasien tampak tegang	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Agen Pencedera Fisik (<i>sectio caesarea</i>)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis saat ingin bergerak - Pasien tampak berhati-hati saat bergerak - Terdapat luka post operasi SC pada abdomen bawah di atas simfisis pubis - Skala nyeri 5 - Tanda-tanda vital: TD: 125/85 mmHg HR: 100 x/menit S : 37 °C RR: 22 x/menit SpO2: 98% 		
3.	DS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pada abdomen terdapat luka post op SC sepanjang ±12 cm dan ditutup dengan perban, keadaan luka bersih dan kering, ada kemerahan - Kulit tampak pucat - Leukosit 24.300/uL - Tanda-tanda vital: TD: 125/85 mmHg HR: 100 x/menit S : 36,9 °C RR: 22 x/menit SpO2: 98% 	Risiko infeksi (D.0142)	Prosedur Invasif

E. Diagnosa Keperawatan

1. Menyusui tidak efektif b.d Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui ketidakadekuatan refleks oksitosin d.d ASI tidak menetes, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (*sectio caesarea*) d.d nadi meningkat, sulit tidur
3. Risiko infeksi b.d prosedur invasif (luka post operasi)

4. Perencanaan Keperawatan

Nama klien : Ny. D

Dx medis : G1P1A0 post *sectio caesarea*

Ruang : Ruang asoka kebidanan RS Bhayangkara

No. MR : 037513

Diagnosis keperawatan	Tujuan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
<p>Menyusui Tidak Efektif b.d Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui ketidakadekuatan refleks oksitosin (D.0029)</p>	<p>Status menyusui (L.03029) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan keberhasilan menyusui bayi meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake nutrisi cukup adekuat - Pelekatan bayi pada payudara ibu meningkat - Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat - Hisapan bayi meningkat - Tetesan/pancaran ASI meningkat - Payudara ibu kosong setelah menyusui - Kelelahan maternal menurun - Kecemasan maternal menurun - Pengeluaran ASI cukup adekuat 	<p>Konseling Laktasi (I.03093) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui 3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis: duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan cara melakukan pijat <i>woolwich</i> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
<p>Nyeri Akut b.d Agen</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan</p>	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi,

<p>Pencedera Fisik (<i>sectio caesarea</i>) (D.0077)</p>	<p>intervensi keperawatan 3x34 jam dengan dilakukan Manajemen Nyeri Diharapkan Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi membaik - Pola nafas membaik - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun 	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 8. Monitor efek samping pengguna analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
--	---	---

		<p>5. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu</p>
<p>Risiko Infeksi b.d prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Tingkat infeksi (14137)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3. Ajarkan etika batuk</p> <p>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>5. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6. Ajarkan meningkatkan asupan cairan</p>

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama klien : Ny. D

Dx medis : G1P1A0 post *sectio caesarea*

Ruang : Ruang asoka kebidanan RS Bhayangkara

No. MR : 037513

No.	Tanggal, Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	07-5-2024 14.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan cara menanyakan apakah bersedia untuk diajarkan teknik pijat <i>woolwich</i> - Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan cara meyakinkan bahwa ASI ibu akan segera keluar dengan lancar - Melibatkan sistem pendukung yaitu keluarga dengan cara mengajak keluarganya untuk ikut dalam tindakan yang dilakukan - Mengajarkan perawatan payudara postpartum yaitu pijat <i>woolwich</i> dengan cara mendemonstrasikan terlebih dahulu lalu mempersilahkan pasien dan keluarganya untuk mengulangi secara mandiri - Menyediakan media video teknik pijat <i>woolwich</i> - Menjelaskan pengertian, tujuan, manfaat, prosedur cara melakukan tindakan pijat 	<p>07 Mei 2024, Pkl. 19.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan siap mendengarkan informasi tentang menyusui - Pasien mengatakan mengerti dengan yg dijelaskan - Pasien mengatakan ingin menyusui bayinya - Pasien mengatakan khawatir, kenapa ASI belum keluar - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bawah - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakn belum mengetahui cara perawatan luka post operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu makan 1 porsi habis setiap malam - Ibu minum 1 gelas tiap 2 jam (600 cc)

	<p>16.40</p> <p>18.30</p>	<p><i>woolwich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan teknik pijat <i>woolwich</i> pada pasien - Memantau Proses menyusui - Memonitor skala nyeri dengan melihat ekspresi pasien - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Memfasilitasi pasien istirahat dan tidur dengan memberikan lingkungan tempat tidur yang bersih dan rapih - Memberikan analgesik ketorolac 30 mg melalui intravena dengan prinsip 6 benar pemberian obat - Melakukan cuci tangan 6 langkah seebelum dan sesudah kontak dengan pasien - Memeriksa tekanan darah, nadi, kekuatan nadi, memeriksa CRT, frekuensi pernafasan, suhu tubuh dan saturasi oksigen - Memeriksa apakah area luka operasi teraba hangat, kemerahan, atau bengkak - Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, susu, dan kacang-kacangan - Memberikan obat injeksi antibiotik ceftriaxone 1 gr melalui intravena dengan prinsip 6 benar pemberian obat 	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu tampak lemas - Ibu baru belajar miring - ASI belum keluar - Payudara ibu tampak tidak terlalu penuh - Pasien dan keluarga tampak dapat mempraktekkan kembali cara melakukan pijat <i>woolwich</i> - Bayi diberikan susu formula 4x30 cc - Wajah pasien tampak meringis saat bergerak - Terdapat luka post operasi SC di abdomen bawah - Skala nyeri 5 - Tanda-tanda vital: TD: 125/85 mmHg HR: 100x/menit S: 37 °C RR: 22x/menit SpO2: 98% - Pada abdomen terdapat luka post op SC sepanjang ±12 cm dan ditutup dengan perban, keadaan luka bersih dan kering, ada kemerahan - Kulit tampak pucat - Leukosit 24.300/uL - Dilakukan perawatan luka setiap hari <p>A: Menyusui tidak efektif</p>
--	---------------------------	--	--

			<p>Nyeri akut Risiko infeksi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan kemampuan dari hambatan menyusui - Monitor kemampuan melakukan pijat <i>woolwich</i> - Ajarkan perawatan payudara nifas - Monitor kemampuan ibu kompres air hangat - Monitor kemampuan menyusui - Monitor asupan cairan dan makanan - Berikan semangat dan pujian - Monitor tanda-tanda vital - Monitor skala nyeri - Monitor tanda dan gejala infeksi - Anjurkan klien untuk menjaga kebersihan area operasi - Pertahankan teknik aseptik
2.	08-5-2024 08.40	<ul style="list-style-type: none"> - Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan cara meyakinkan bahwa ASI ibu akan segera keluar dengan lancar - Mendukung ibu menyusui dengan melibatkan keluarga untuk mendampingi ibu selama menyusui 	<p>08 Mei 2024, Pk. 13.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASInya mulai menetes sedikit tapi belum lancar - Pasien mengatakan sudah menyusui 2 kali selama 3 menit - Pasien mengatakan sedikit lelah

	10.40	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dengan memberikan edukasi menyusui yaitu nutrisi ibu menyusui - Menganjurkan ibu memberikan nutrisi pada bayi hanya dengan ASI - Memeriksa status menyusui pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi teknik pijat <i>woolwich</i> - Meningkatkan kembali teknik pijat <i>woolwich</i> serta memandu mempraktikkan - Meminta keluarga pasien melakukan teknik pijat <i>woolwich</i> untuk memperlancar ASI - Menanyakan apakah pasien merasa nyaman setelah dilakukan intervensi pemberian pijat <i>woolwich</i> - Menganjurkan pasien melakukan teknik pijat <i>woolwich</i> setiap 2x sehari selama 15 menit - Memeriksa respon nyeri pada ekspresi pasien - Memeriksa faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan memberikan kompres hangat didaerah sekitar luka operasi - Menutup sampiran pasien dan membantu mengatur posisi nyaman <i>semi fowler</i> - Meminta pasien untuk rileks dan tenang - Memfasilitasi pasien istirahat dan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nyaman saat menyusui - Pasien mengatakan khawatir apakah ASInya cukup untuk bayinya - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan nyeri seperti ditarik, perih - Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyerinya reda jika dikompres air hangat - Pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan luka post operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mulai belajar duduk - Ibu sudah mengompres air hangat - Bayi masih tampak menangis, ASI belum tampak rembes dibaju ibu - Bayi belum menyusu terus menerus - Bayi diberikan susu formula 3x30 cc - Kemampuan ibu memposisikan bayi sudah baik - Ibu makan 1 porsi habis, buah pisang, roti dan biskuit - Ibu minum air putih 8 gelas - Pasien terlihat meringis menahan nyeri saat
--	-------	--	--

	13.00	<p>dengan memberikan lingkungan tempat tidur bersih dan rapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat injeksi IV ketorolac 30 mg melalui intravena dengan prinsip 6 benar pemberian obat - Melakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Memeriksa tekanan darah, nadi, kekuatan nadi, memeriksa CRT, frekuensi pernafasan, suhu tubuh dan saturasi oksigen - Memeriksa apakah area luka operasi teraba hangat, kemerahan, atau bengkak - Memberikan perawatan luka dengan membersihkan luka post operasi setiap hari - Meminta pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, susu dan kacang-kacangan - Memberikan obat unjeksi IV ceftriaxone 1 gr melalui intravena dengan prinsip 6 benar pemberian obat 	<p>duduk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 - Tanda tanda vital TD: 120/85 mmHg HR: 95x/menit S: 36,9 °C RR: 22x/menit SpO2: 98% - Leukosit 24.300 u/L - Terdapat luka post op SC sepanjang ±12 cm dan ditutup dengan perban, keadaan luka bersih dan kering, ada kemerahan - Dilakukan perawatan luka setiap hari <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyusui tidak efektif Nyeri akut Risiko infeksi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor perawatan payudara - Monitor pembirian kompres hangat dan pijat <i>woolwich</i> - Monitor kemampuan ibu dan bayi dalam proses menyusui - Monitor pengeluaran ASI - Monitor adanya luka pada puting - Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi
--	-------	--	---

	13.00	<p>kemampuan ibu dalam menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa respon nyeri pada ekspresi pasien - Memeriksa faktor yang memeperberat dan memperingan nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan memberikan kompres hangat didaerah sekitar luka operasi - Menutup sampiran pasien dan membantu mengatur posisi nyaman <i>semi fowler</i> - Meminta pasien untuk rileks dan tenang - Memfasilitasi pasien istirahat dan tidur dengan memberikan lingkungan tempat tidur bersih dan rapi - Memberikan obat injeksi IV ketorolac 30 mg malalui intravena dengan prinsip 6 benar pemberian obat - Melakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mengkaji keadaan luka: warna, bau dari luka operasi - Memeriksa tekanan darah, nadi, kekuatan nadi, memeriksa CRT, frekuensi pernafasan, suhu tubuh dan saturasi oksigen - Memeriksa apakah area luka operasi teraba hangat, kemerahan, atau bengkak - Memberikan perawatan luka dengan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan nyeri seperti ditarik, perih - Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyerinya reda jika dikompres air hangat - Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang cara perawatan luka post operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat - Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat - Pancaran ASI meningkat - Bayi tampak tidur pulas - Lecet pada payudara tidak ada - Kepercayaan diri ibu meningkat - Pasien tampak rileks dan tidak menahan kesakitan - Skala nyeri 3 - Tanda tanda vital TD: 110/75 mmHg HR: 96x/menit S: 36,5 °C RR: 22x/menit
--	-------	--	---

		<p>membersihkan luka post operasi setiap hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meminta pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein seperti ikan, susu dan kacang-kacangan <p>Memberikan obat injeksi IV ceftriaxone 1 gr melalui intravena dengan prinsip 6 benar pemberian obat</p>	<p>SpO₂: 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balutan tidak ada rembesan - Panjang luka ±12 cm - Leukosit 24.300 u/L - Tanda-tanda infeksi: Rubor: tidak ada kemerahan Dolor: nyeri pada luka post operasi Kalor: tidak teraba panas pada sekitaran luka Tumor: tidak ada pembengkakan <p>A:</p> <p>Menyusui tidak efektif Nyeri akut Risiko infeksi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan ibu dan bayi pulang - Menjelaskan perawatan ibu berupa perawatan payudara, mobilisasi, pijat <i>woolwich</i>, luka operasi, dan diet ibu menyusui - Menjelaskan perawatan bayi berupa perawatan tali pusat, imunisasi HB 0 - Menjelaskan 5 benar obat yaitu Cefadroxil 500 mg 3x1, Asam Mefenamat 500 mg 3x1, milmor 1 tablet sehari - Menjelaskan jadwal kontrol ulang tanggal 20 Mei 2024
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (BB meningkat, BAK >10x/hr, warna urine tidak pekat) - Monitor tanda-tanda vital - Lakukan perawatan luka setiap hari - Pertahankan teknik aseptik - Berikan obat ceftriaxone 2x1 gt melalui IV - Perawat memberikan penkes kepada pasien cara perawatan luka di rumah - Anjurkan klien untuk menjaga kebersihan area operasi
4.	<p>10-5-2024</p> <p>14.00</p> <p>16.00</p> <p>17.30</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau pengeluaran ASI pada pasien - Menganjurkan ibu memberikan nutrisi pada bayi hanya dengan ASI - Mengingatkan kembali cara melakukan teknik pijat <i>woolwich</i> serta memandu mempraktekkan - Meminta pasien untuk melakukan teknik pijat <i>woolwich</i> selama 15 menit jika ASI masi sedikit keluar - Memberikan motivasi dan apresiasi pada kemampuan ibu dalam menyusui - Memeriksa lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri - Memeriksa respon nyeri pada ekspresi pasien - Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi 	<p>10 Mei 2024, Pkl. 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan payudaranya membesar dan berisi ASI - Pasien mengatakan bayinya tidak rewel dan mulai tidur pules setiap selesai menyusui - Pasien mengatakan ASI keluar dan lancar - Pasien mengatakan merasa senang bisa menyusui bayinya 5 kali selama 10 menit - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang pada luka post sc - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan nyerinya reda jika dikompres air hangat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perlekatan bayi pada payudara ibu

		<p>nafas dalam jika nyeri muncul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk kontrol ulang sesuai jadwal - Menganjurkan meminum obat sesuai aturan dokter yang sudah diresepkan yaitu (Cefadroxil 500 mg 3x1, Asam Mefenamat 500 mg 3x1, milmor 1 tablet sehari) - Menganjurkan pasien untuk mengganti balutan di faskes terdekat 	<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat - Pancaran ASI meningkat - Bayi tampak tidur pulas - Lecet pada payudara tidak ada - Kepercayaan diri ibu meningkat - Pasien tampak rileks dan tidak menahan kesakitan - Skala nyeri 3 - Tanda tanda vital TD: 110/80 mmHg HR: 90x/menit S: 36,7 °C RR: 22x/menit SpO2: 99% - Panjang luka ±12 cm - Leukosit 24.300 u/L - Balutan tidak ada rembesan - Tidak ditemukan kemerahan - Tidak terjadi pembengkakan - Tidak ada kebiruan - Jahitan tapi <p>A:</p> <p>Menyusui tidak efektif Nyeri akut Risiko infeksi</p> <p>P:</p>
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan perawatan ibu berupa perawatan payudara, mobilisasi, pijat <i>woolwich</i>, luka operasi, dan diet ibu menyusui- Jelaskan perawatan bayi berupa perawatan tali pusat, imunisasi HB 0- Jelaskan 6 benar obat sesuai resep dokter yaitu Cefadroxil 500 mg 3x1, Asam Mefenamat 500 mg 3x1, milmor 1 tablet sehari- Anjurkan pasien untuk melakukan jadwal kontrol ulang tanggal 20 Mei 2024- Anjurkan melakukan relaksasi nafas dalam atau distraksi jika nyeri masih muncul- Anjurkan pasien untuk mengganti balutan di faskes terdekat
--	--	--	---

Lampiran : Dokumentasi Foto



	Poltekkes Tanjung Karang Prodi Profesi Ners Keperawatan Poltekkes Tanjung Karang	Kode	TA/PKTjk/j.kep./03.2/1/2002
		Tanggal	21 Mei 2024
	Formulir Penilaian Sidang Hasil KIAN	Revisi	0
		Halaman dari.....halaman

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Elva Nuri Safinah
 NIM : 2314901020
 Tanggal : Senin, 10 Juni 2024
 Judul KIAN : Analisis Menyuci Tidak Efektif Pada pasien post operasi Sectio Laesnea dengan pemberian teknik pijat woolwich di RS Bhayangkara Tahun 2024

No	Materi perbaikan	Masukan/perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Fenomena Menyuci tidak efektif dan Woolwich	✓	
2.	Perubahan → teori - teori - jurnal	✓	
3.	Kesimpulan → perubahan → Referensi	✓	
4.	Saran → optimal	✓	

Bandar Lampung, 10 Juni 2024

Penguji Utama

El Rahmayati, S.Kep., M.Kes
 NIP. 197603042 0022 2002

Moderator/Penguji Anggota

Ns. Sunarsi H., S.Kep. NNM.
 NIP. 196806 27 1987 11 2001

Penguji Anggota

N.S. Musiana, S.Kep., M.Kes
 NIP. 19740406 1997 03 2001

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

	POLTEKES TANJUNGGARANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKES TANJUNGGARANG	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/ 2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	Formulir Konsultasi	Revisi	0
		Halamandari....halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Elva Nurli Suciand
 NIM : 2314901020
 Nama Pembimbing I : Ns. Sunarsih, S.Kep., MM.
 Judul : Analisis Menyusui Tidak Efektif Pada pasien post operasi
 Sectio Caesarea dengan Intervensi Pemberian Teknik
 Pijat Woolwich di RS Bhayangkara Polda Lampung
 Tahun 2023

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	05 Feb 2024	Judul KIAN	Judul KIAN diperbaiki sesuai dengan panduan KIAN	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	06 Feb 2024	Judul KIAN	Acc judul KIAN, Lanjutkan ke Bab I	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	13 Maret 2024	Bab I pendahuluan	Latar belakang, tambahkan data Penunjang judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	18 Maret 2024	Bab I , Bab II	tambahkan Fenomena, tambah konsep masalah utama sesuai	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	26 Maret 2024	Bab I dan Bab II	Tambahkan hasil pre survey dan tambahkan format askep	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	27 Maret 2024	Bab II , III	Tambahkan Jurnal terkait, ikuti panduan, jurnal berbentuk tabel	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	25 April 2024	Bab II , III	KONSEP berfokus pada masalah ke SOP ditinggu kembali	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	16 Mei 2024	Bab IV	data dibuat deskripsi, sesuai tindakan keperawatan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	27 Mei 2024	Bab IV , V	tabel intervensi & evaluasi diجد: kan satu, perbaiki implementasi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	29 Mei 2024	Bab I - V	acc Semhas.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	02 Juli 2024	Revisi Semhas	Perbaikan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	04 Juli 2024	Revisi Semhas	Acc Cetak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan ke prodi pada akhir proses bimbingan Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

[Signature]

Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom
 NIP.197108111994022001

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

	POLTEKKES TANJUNGGARANG PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	TA/PKTjk/J.Kcp./03.2/1/2022
		Tanggal	2 Januari 2022
	Formulir Konsultasi	Revisi	0
		Halamandari....halaman

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Elva Nuri Saktinah
 NIM : 2314904020
 Nama Pembimbing 2 : Ns. Musiana, S.Kep., Mkes.
 Judul : Analisis menyusui tidak Efektif pada Pasien post operasi
 secto caesarea dengan Intervensi pemberian Teknik
 Pijat wooditch di RS Bhawangkaru Polda Lampung
 Tahun 2024

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	05 Feb 2024	Judul	Cari referensi lebih lanjut		
2	06 Feb 2024	Judul	1. Kuti panduan, buku soft. siki siki		
3	15 Maret 2024	Judul	Acc judul, lanjutan bab 1-3		
4	28 Maret 2024	Bab I - iii	Fenomena. jurnal terkait		
5	16 April 2024	Bab I - iii	Penulisan sesuai panduan		
6	17 Mei 2024	Bab iv : hasil dan pembahasan	Intervensi dan implementasi menggunakan bahasa sendiri		
7	22 Mei 2024	Bab iv : hasil dan pembahasan	kata dan kalimat berbentuk data operasional		
8	27 Mei 2024	Bab iv - Bab v	3 tujuan khusus dibuat perpis. simpulan & saran sesuai hasil & pembu		
9	29 Mei 2024	Bab I - Bab v	Acc		
10	28 Juni 2024	Bab I - Bab v	Perbaikan penulisan daftar pustaka		
11	01 Juli 2024	Bab v	perbaikan kesimpulan & saran		
12	02 Juli 2024	Bab I - Bab v	Acc Cetak		

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan ke prodi pada akhir proses bimbingan Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang



Dwi Agustanti, M.Kep.Sp.Kom
 NIP.197108111994022001