LAMPIRAN

Lampiran 1 penjelasan sebelum pelaksanaan KTI klien 1

PENJELASAN SEBELUM PELAKSANAAN KTI/TA

1. Kami adalah mahasiswa dari poltekkes kemenkes tasikmalaya program studi keperawatan Cirebon, dengan ini meminta bapak/ ibu/ saudara unutk berpartisipasi dengan sukarela dalam KTI/TA yang berjudul Asuhan Keperawatan dengan Relaksasi napas dalam dan Aromaterapi Lavender
2. Tujuan dari KTI/TA ini adalah mengetahui skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi relaksasi napas dalam pada ibu post sectio caesarea yang dapat memberi manfaat berupa KTI/TA ini akan berlangsung selama
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian atau pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung lebih 10 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena KTI/TA ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang bapak/ibu/saudara peroleh dari keterlibatan dalam KTI/TA ini adalah bapak/ibu/saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika bapak/ibu/saudara membutuhkan informasi terkait dengan KTI/TA ini silahkan menghubungi saya

Cirebon, 18 april 2024

Pelaksana,

Putri Syita Anggraeni

Lampiran 2 penjelasan sebelum pelaksanaan KTI klien 2

PENJELASAN SEBELUM PELAKSANAAN KTI/TA

1. Kami adalah mahasiswa dari poltekkes kemenkes tasikmalaya program studi keperawatan Cirebon, dengan ini meminta bapak/ ibu/ saudara unutk berpartisipasi dengan sukarela dalam KTI/TA yang berjudul Asuhan Keperawatan dengan Relaksasi napas dalam dan Aromaterapi Lavender
2. Tujuan dari KTI/TA ini adalah mengetahui skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi relaksasi napas dalam pada ibu post sectio caesarea yang dapat memberi manfaat berupa KTI/TA ini akan berlangsung selama
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian atau pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung lebih 5-10 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena KTI/TA ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang bapak/ibu/saudara peroleh dari keterlibatan dalam KTI/TA ini adalah bapak/ibu/saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika bapak/ibu/saudara membutuhkan informasi terkait dengan KTI/TA ini silahkan menghubungi saya

Cirebon, 19 april 2024

Pelaksana,

Putri Syita Anggraeni

Lampiran 3 Informed consent klien 1

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi pertisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai KTI/TA yang akan dilakukan oleh : Putri Syita Anggraeni dengan judul : Asuhan Keperawatan pada Post Sectio Caesarea dengan relaksasi napas dalam dan Aromaterapi Lavender untuk menurunkan intensitas nyeri diruang Dewi Sartika RSUD Arjawinangun.

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada KTI/TA ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama studi kasus KTI/TA ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Cirebon, 18 April 2024

Saksi	Yang memberikan persetujuan
Agus	Sindi

Pelaksana,

Putri Syita Anggraeni

Lampiran 4 informed consent klien 2

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi pertisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai KTI/TA yang akan dilakukan oleh : Putri Syita Anggraeni dengan judul : Asuhan Keperawatan pada Post Sectio Caesarea dengan relaksasi napas dalam dan Aromaterapi Lavender untuk menurunkan intensitas nyeri diruang Dewi Sartika RSUD Arjawinangun.

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada KTI/TA ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama studi kasus KTI/TA ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Cirebon, 19 april 2024

Saksi	Yang memberikan persetujuan
Adi	Rasti'ah

Pelaksana,

Putri Syita Anggraeni

Lampiran 5 Home visit klien 1

LEMBAR HOME VISIT

(kunjungan rumah)

Nama responden : Ny. S

Alamat : Palimanan barat

No	Tanggal pengkajian	TTD responden	TTD perawat
1	24-4-2024		
2	25-4-2024		

Lampiran 6 lembar home visit klien 2

LEMBAR HOME VISIT

(kunjungan rumah)

Nama responden : Ny. R

Alamat : Bayanglangu kidul

No	Tanggal pengkajian	TTD responden	TTD perawat
1	25 – 4- 2024		
2	26-4-2024		

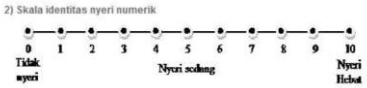
Lampiran 7 Standar Operasional Prosedur Relaksasi napas dalam dengan Aromaterapi Lavender

RELAKSASI NAPAS DALAM DENGAN AROMATERAPI LAVENDER	
Pengertian	Relaksasi napas dalam adalah salah satu metode relaksasi yang dilakukan dengan cara mengatur pola napas guna mengurangi ketegangan otot, dan kecemasan sehingga mencegah stimulasi nyeri pada tubuh. Aromaterapi adalah terapi komplementer dengan memanfaatkan hasil ekstrasi suatu tanaman yang berupa minyak essential oil.
Tujuan	Agar pemulihan post SC membaik Agar nyeri yang dirasakan klien menurun
Persiapan	1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Pastikan identitas pasien (nama,rekam medis, Alamat) 3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 4. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya 5. Berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami atau tidak jelas 6. Menjaga privasi klien 7. Mencuci tangan
Tahap Kerja	8. Fase kerja 9. Atur posisi agar klien nyaman, rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk ditempat tidur 10. Siapkan diffuser berisi air 30 ml dan aromaterapi lavender 6 tetes 11. Letakkan difusser 20 cm dari pasien 12. Perawat mencontohkan klien untuk melakukan relaksasi napas dalam sambil menghirup aromaterapi lavender dengan cara menghidup lalu tahan 3 detik lalu perlahan dan hembuskan, minta klien untuk mefokuskan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega. 13. Instruksikan klien untuk kembali menarik napas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dengan mulut mencucu.

	14. Instruksikan klien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi. 15. Setelah klien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri. 16. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 1 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit. 17. Evaluasi hasil: kemampuan klien untuk melakukan teknik ini 18. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 19. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender 20. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya.
Dokumentasi	1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan.

Lembar 8 SOP PENGUKURAN SKALA NYERI

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PENGUKURAN SKALA NYERI

Pengertian	Melakukan penilaian derajat nyeri pada pasien dewasa dengan menggunakan skala nyeri yang baku
Tujuan	Untuk mengetahui skala nyeri sebelum dan seusah pelaksanaan nyeri.
Alat dan bahan	1. Lembar skala nyeri NRS 2. Alat tulis
Persiapan lingkungan	1.ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 2.atur penerangan ruangan yang cukup
Persiapan pasien	1. Pastikan identitas pasien 2. Kaji kondisi pasien 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Jaga privasi pasien
Prosedur kerja	1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Identifikasi pasien (nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis) 3. Memperkenalkan diri 4. Jelaskan tujuan dan prosedur 5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 6. Identifikasi faktor pencetus dan Pereda nyeri 7. Monitor kualitas nyeri (seperti terasa tajam, tumpul, dan diremas-remas) 8. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 9. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala NRS a. Berikan lembar NRS  b. Berikan penjelasan kepada pasien, 0=tidak nyeri, 1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-10 nyeri berat c. Pasien memilih skala nyeri yang dirasakan dengan cara melingkari angka yang dirasakan 10. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 11. Informasikan hasil pengukuran skala nyeri
Fase terminasi	1. Merapikan alat dan bahan

	2. Evaluasi respon pasien (nyeri, data objektif dan data subjektif) 3. Mengakhiri pertemuan dengan baik 4. Kontrak tindak lanjut 5. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan 6. Mencuci tangan
Sumber	(Tim pokja pedoman SOP keperawatan DPP PPNI, 2021;Solehati & Kosasih,2015)

Lembar 9 observasi skala nyeri

Lembar Observasi Skala Nyeri

Nama responden : Ny. S

Usia : 25 tahun

Ruangan : Dewi Sartika RSUD Arjawinangun

No	Tanggal	Jam	Skala nyeri		Respon klien	Paraf
			pre	post		
1	18 april 2024	10.00	6 (nyeri sedang)	5 (nyeri sedang)	Klien tampak meringis, gelisah	
2	19 april 2024	10.00	5 (nyeri sedang)	4 (nyeri sedang)	Klien tampak meringis, gelisah	
3	22 april 2024	10.00	3	3	Kliem tampak rileks	
4	24 april 2024	10.00	3 (nyeri sedang)	2 (nyeri ringan)	Klien tampak rileks dan nyaman	
5	25 april 2024	10.00	2 (nyeri ringan)	2 (nyeri ringan)	Klien tampak rileks dan nyaman	

Lampiran 10 lembar observasi pasien 2

Lembar Observasi Skala Nyeri

Nama responden : Ny. R

Usia : 32 tahun

Ruangan : Dewi Sartika RSUD Arjawinangun

No	Tanggal	Jam	Skala nyeri		Respon klien	Paraf
			pre	post		
1	19 april 2024	10.00	5	4	Klien tampak meringis, gelisah	
2	22 april 2024	10.00	4	4	Klien tampak meringis,	
3	23 april 2024	10.00	4	3	Klien tampak tidak gelisah	
4	25 april 2024	10.00	3	2	Klien tampak rileks	
5	26 april 2024	10.00	2	2	Klien sudah mulai terasa nyaman	

Lembar 11 Format Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DAN NY.R POST SECTIO CAESAREA

A. PENGKAJIAN

No	Data anamnesis	Klien 1	Klien 2
1	**IDENTITAS PASIEN**		
	Nama	Ny.S	Ny.R
	Umur	25 tahun	32 tahun
	Agama	Islam	Islam
	Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
	Alamat	Palimanan barat	Bayanglangu kidul
	suku	Jawa	Jawa
	Status perkawinan	Menikah	Menikah
	Pekerjaan	IRT	IRT
	Pendidikan	SMK	SMP
	No. Register	1128226	1128250
	Diagnosa medis	KPD	KPD+ lilitan tali pusat
	Tanggal masuk	17-4-2024	18-4-2024
	Tanggal persalinan	17-4-2024	18-4-2024
	Tanggal pengkajian	18-4-2024	19-4-2024
2	**IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB**		
	Nama	Tn. A	Tn.A
	Umur	28 tahun	37 tahun
	Agama	Islam	Islam
	Jenis kelamin	Laki-laki	Laki-laki
	Alamat	Palimanan barat	Bayanglangu Kidul
	Pekerjaan	Wiraswasta	Buruh
	Pendidikan	SMA	SD
	Hubungan dengan pasien	Suami	Suami
3	**KELUHAN UTAMA**	nyeri pada luka post SC	nyeri pada luka post SC
4	**RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG**	Tanggal 17-4-2024 pasien melahirkan bayinya melalui Tindakan SC . pasien mengeluh nyeri pada lukanya, nyeri bertambah Ketika bergerak atau beraktivitas dan	Tanggal 18-4-2024 pasien melahirkan bayinya melalui Tindakan SC . pasien mengeluh nyeri pada lukanya, nyeri bertambah Ketika beraktivitas dan berkurang

		berkurang ketika beristirahat dan diberi obat rasa nyeri, rasa nyeri sepeti diiris-iris , lokasi nyeri hanya di bagian luka post SC , skala nyeri 6, tidak tampak kemerahan disekitar perban luka, pasien terpasang folley kateter, pasien mengatakan tidak tahu cara merawat luka dengan benar. Hasil tanda-tanda vital : 110/80 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,0°C RR: 20x/menit Saturasi oksigen : 99%	ketika beristirahat dan diberi obat rasa nyeri, rasa nyeri sepeti diiris-iris , lokasi nyeri hanya di bagian luka post SC , skala nyeri 5, tidak tampak kemerahan disekitar perban luka, pasien terpasang folley kateter, pasien mengatakan tidak tahu cara merawat luka dengan benar. Hasil tanda-tanda vital : 100/80 mmHg Nadi : Suhu: RR: Saturasi oksigen : 99%
5	**RIWAYAT KESEHATAN DAHULU**	Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai Riwayat penyakit yang membahayakan,	Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai Riwayat penyakit yang membahayakan,dan persalinan pertama spontan
6	**RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**	Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai Riwayat penyakit baik menular ataupunn menurun	Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai Riwayat penyakit baik menular ataupunn menurun
7	**RIWAYAT OBSTETRI GINEKOLOGI**		
a	**Riwayat Menstruasi**	Menarche pada usia 13 tahun, lamanya menstruasi 3-5 hari, siklus menstruasi 27 hari, banyaknya sehari 3x ganti pembalut, warna darah merah kental, bau (amis) tidak	Menarche pada usia 14 tahun, lamanya menstruasi 3-5 hari, siklus menstruasi 27 hari, banyaknya sehari 3x ganti pembalut, warna darah merah kental, bau(amis) tidak

		menyengat, kosistensi cair, terdapat nyeri menstruasi pada hari ke 1 & 2, Hpht 12 agustus 2023 taksiran melahirkan 8 april 2024	menyengat, kosistensi cair, terdapat nyeri menstruasi pada hari ke 1 & 2, hpht 7 agustus 2023 Taksiran melahirkan 11 april 2024
b	**Riwayat kontrasepsi**	Pasien mengatakan tidak menggunakan alat kontrasepsi dari sebelum hamil	Pasien mengatakan tidak menggunakan alat kontrasepsi dari sebelum hamil
	RIWAYAT OBSTETRI		
a	Riwayat kehamilan,persalinan, dan nifas yang lalu		
	G.. P.. A..	P1A0	P2A0
	Tanggal partus	Anak ke 1 17-4-2024	Anak ke 1 2016 Anak ke 2 18-4-2024
	Umur kehamilan	Anak 1 9 bulan lebih	Anak 1 9 bulan Anak ke 2 41 minggu
	Jenis partus	SC	Spontan, SC
	Tempat penolong	RS	RS
	Jenis kelamin	Perempuan	Lk. pr
	BB bayi dan PB bayi	PB: 48 cm BB: 3 kg	PB: 51 cm Anak ke 2 BB: 37 kg anak ke 1 dengan berat badan 2.7kg
	Keadaan anak	Baik	Baik
	Masalah kehamilan,persalinan dan nifas terdahulu	Klien mengatakan tidak ada masalah dalam kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu	klien mengatakan tidak ada masalah dalam kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu
b	Riwayat kehamilan sekarang	klien merasa hamil pada saat usia kehamilan 3 bulan , tidak ada keluhan saat hamil, Gerakan anak pertama dirasakan pada usia 5 bulan diperut bagian kiri, imunisasi rutin di bidan desa, penambahan berat	klien merasa hamil pada saat usia kehamilan 2 bulan , tidak ada keluhan saat hamil, Gerakan anak pertama dirasakan pada usia 4 bulan diperut bagiann kiri, imunisasi rutin di bidan. penambahan

		badan selama hamil sekitar 10 kg, pemeriksaan di desa posyandu	berat badan selama hamil sekitar 20 kg, pemeriksaan di bidan
c	Riwayat persalinan sekarang	P1A0 , tanggal persalinan 17 april 2024 masuk ruangan operasi jam 11.00, selesai jam 13.30. jenis persalinan sectio caesarea, jumlah perdarahan ± 500cc, jenis kelamin Perempuan,berat badan 3kg panjnang badan 48 cm	P2A0, tanggal persalinan 18-4-2024 masuk ruang operasi jam 10.00, keluar ruang operasi 13.25. jenis persalinan sectio caesarea, jumlah perdarahan ±450 cc, jenis kelamin Perempuan berat badan 3,5 kg Panjang badan 48cm
8	**DATA BIOLOGIS (ACTIVITY DAILY LIVING)**		
	NUTRISI	**Sebelum melahirkan** Makan Jenis menu sayur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 3- 5x sehari, 1 porsi, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. b. Minum Jenis minuman air putih, air kelapa, dan susu, frekuensi 5-8x/hari, jumlah 5-8 gelas, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada 5-8 gelas, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada **Setelah melahirkan** Makan Jenis menu sayur, telur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 3x sehari, porsi ½ - 1 porsi,	**Sebelum melahirkan** Makan Jenis menu sayur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 3- 5x sehari, 1 porsi, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. b. Minum Jenis minuman air putih, air kelapa, dan susu, frekuensi 5-8x/hari, jumlah 5-8 gelas, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada 5-8 gelas, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada **Setelah melahirkan** Makan Jenis menu sayur, telur, ayam, nasi dan tahu,

		pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. b. Minum Jenis minuman susu dan air putih, frekuensi 5x/hari, jumlah 5-6 gelas, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada	frekuensi 3x sehari, porsi ½ - 1 porsi, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. Minum Jenis minuman susu dan air putih, frekuensi 5x/hari, jumlah 5-6 gelas, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada
	ISTIRAHAT DAN TIDUR	**Sebelum melahirkan** Malam Tidur 8-10 jam, dari jam 21.00 sampai jam 07.00 WIB,kesukaran tidur tidak ada. Siang Tidak tidur siang **Setelah melahirkan** Malam Tidur 6-7 jam, dari jam 22.00 – 05.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada. b. Siang Tidur 2-3 jam, dari jam 13.00 – 16.00 WIB, kesuakran tidur tidak ada	**Sebelum melahirkan** Malam Tidur 8-10 jam, dari jam 21.00 sampai jam 07.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada. Siang Tidak tidur siang **Setelah melahirkan** Malam Tidur 6-7 jam, dari jam 22.00 – 05.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada. b. Siang Tidur 2-3 jam, dari jam 13.00 – 16.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada
	ELIMINASI	**Sebelum melahirkan** BAK Frekuensi 5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat,	**Sebelum melahirkan** BAK Frekuensi 5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat,

		kesulitan BAK tidak ada BAB Frekuensi 2x sehari, jumlah sedikit, warna cokelat, bau tidak menyengat, kesulitan BAB tidak ada **Setelah melahirkan** BAK Frekuensi 5x/hari, jumlah 250cc, warna kuning, kesulitan BAK tidak ada, bau tidak menyengat. BAB Belum BAB	kesulitan BAK tidak ada BAB Frekuensi 2x sehari, jumlah sedikit, warna cokelat, bau tidak menyengat, kesulitan BAB tidak ada **Setelah Melahirkan** BAK Frekuensi 5x/hari, jumlah 250cc, warna kuning, kesulitan BAK tidak ada, bau tidak menyengat. BAB Belum BAB
	PERSONAL HYGIENE	**Sebelum melahirkan** Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari **Setelah melahirkan** Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada.	**Sebelum melahirkan** Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari **Setelah Melahirkan** Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian

		Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari	Frekuensi ganti pakaian 2x sehari
	MOBILITAS DAN ATIVITAS	**Sebelum melahirkan** Aktivitas yang dilakukan Bersih-bersih rumah Kesulitan Tidak ada **Setelah melahirkan** Aktivitas yang dilakukan Latihan miring kanan kiri, dan duduk. Kesulitan Karena luka post SC	**Sebelum melahirkan** Aktivitas yang dilakukan Bersih-bersih rumah Kesulitan Tidak ada **Setelah melahirkan** Aktivitas yang dilakukan Latihan miring kanan kiri, dan duduk. Kesulitan Karena luka post SC
9	**PEMERIKSAAN FISIK**		
	Keadaan umum	Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran Compos mentis dengan GCS 15 (E4M5V6), Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi: 88x/menit RR: 19x/menit suhu 36,0℃ BB <+51 kg	Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran Compos mentis dengan GCS 15 (E4M5V6),tekanan darah : 100/70 mmHg nadi : 88x/menit RR: 20x/menit Suhu 36,2 ℃ BB 50-54 kg
	Sistem pernapasan	Keadaan lubang hidung tampak bersih,tidak ada rekraksi dinding dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, irama pernapasan regular, respirasi 19x/menit, tidak terdapat nyeri tekan pada hidung	Keadaan lubang hidung tampak bersih,tidak ada rekraksi dinding dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, irama pernapasan regular, respirasi 20x/menit, tidak terdapat nyeri tekan

		dan dada, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan	pada hidung dan dada, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan
	Sistem kardiovaskuler	Konjungtiva ananemis, tidak ada sianosis, CRT <2 detik, tidak terdapat edema, bunyi jantung lup-dup, tidak ada bunyi jantung tambahan	Konjungtiva ananemis, tidak ada sianosis CRT<2 detik tidak terdapat edema, bunyi jantung lup-dup, tidak ada bunyi jantung tambahan
	Sistem pencernaan	Membrane mukosa bibir kering, tidak ada iritasi pada rongga mulut, tidak ada gigi berlubang, gigi lengkap, mulut bersih, lidah bersih , tidak ada pembesaran hepar, terdapat nyeri tekan pada luka post SC, Panjang luka 12 cm, bising usus 6x/menit	Membrane mukosa bibir kering, tidak ada iritasi pada rongga mulut, terdapat gigi berlubang dekat gigi graham, gigi lengkap, mulut bersih, lidah bersih , tidak ada pembesaran hepar, terdapat nyeri tekan pada luka post SC, Panjang luka 12 cm, bising usus 7x/menit
	Sistem persarafan	Status mental : tidak ada gangguan mental Refleks : bisep (+), trisep (+), patella (+) Nervus kranialis: N I (olfaktorius) : penciuman pasien normal , pasien memejamkan mata dan dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi N II (Optikus): pasien dapat melihat benda yang diarahkan ke segala arah tanpa dan	Status mental : tidak ada gangguan mental Refleks : bisep (+), trisep (+), patella (+) Nervus kranialis: N I (olfaktorius) : penciuman pasien normal , pasien memejamkan mata dan dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi N II (Optikus): pasien dapat melihat benda yang

		lapang pandang normal. N III (Okulomotorius), N IV (troklearis), N VI (abdusen): pasien dapat menggerakan bola mata kesegala arah terdapat refleks pupil Ketika diberi rangsangan dan dapat membuka mata. Dapat menggerakan mata ke bagian bawah, menutup kelopak mata , dapat menggeerakan bola mata ke samping. N V (trigeminus) : pasien dapat memejamkan mata dan dapat merasakan sentuhan kapas yang disentuhkan di dahi dan pipi, saat kornesa disentuhkan dengan kapas terdapat refleks mengedip dan dapat membuka dan menutup rahang. N VII (fasialis) : pasien mampu tersenyum, dan bersiul, mampu mengangkat alis mata dan menutup kelopak mata dengan tahanan N VIII (vestivulacochlearis) : pasien dapat mendengarkan geraran dan suara pada kedua telinga N IX (glosofaringeus) : pasien dapat membedakan rasa asin, manis, pahit dan asam N X	diarahkan ke segala arah tanpa dan lapang pandang normal. N III (Okulomotorius), N IV (troklearis), N VI (abdusen): pasien dapat menggerakan bola mata kesegala arah terdapat refleks pupil Ketika diberi rangsangan dan dapat membuka mata. Dapat menggerakan mata ke bagian bawah, menutup kelopak mata , dapat menggeerakan bola mata ke samping. N V (trigeminus) pasien dapat memejamkan mata dan dapat merasakan sentuhan kapas yang disentuhkan di dahi dan pipi, saat kornesa disentuhkan dengan kapas terdapat refleks mengedip dan dapat membuka dan menutup rahang. N VII (fasialis) : pasien mampu tersenyum, dan bersiul, mampu mengangkat alis mata dan menutup kelopak mata dengan tahanan. N VIII (vestivulacochlearis) : pasien dapat mendengarkan

		(Vagus) : pasien dapat menelan, terdapat refleks muntah, avula bergerak ketika mengucapkan 'aa' N XI (assesorius) : pasien mampu menahan bahunya ketika diberi tahanan.N XII (hipoglosus) : pasien dapat menjulurkan lidah ke segala sisi	geraran dan suara pada kedua telinga. N IX (glosofaringeus) : pasien dapat membedakan rasa asin, manis, pahit dan asam N X (Vagus) : pasien dapat menelan, terdapat refleks muntah, avula bergerak ketika mengucapkan 'aa'. N XI (assesorius) : pasien mampu menahan bahunya ketika diberi tahanan. N XII (hipoglosus) : pasien dapat menjulurkan lidah ke segala sisi
	Sistem panca indra	Fungsi penglihatan : alis mata sejajar, bulu mata simetris, pertumbuhan alis dan bulu mata sama, pergerakkan bola mata sejajar, terdapat refleks pupil ketika diberi rangsangan, tidak ada nyeri tekan b. Fungsi pendengaran : tidak terdapat lesi, telinga tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan pasien dapat menjawab pertanyaan dengan baik c. Fungsi penciuman : hidung tidak terdapat secret, tidak	Fungsi penglihatan : alis mata sejajar, bulu mata simetris, pertumbuhan alis dan bulu mata sama, pergerakkan bola mata sejajar, terdapat refleks pupil ketika diberi rangsangan, tidak ada nyeri tekan b. Fungsi pendengaran : tidak terdapat lesi, telinga tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan pasien dapat menjawab pertanyaan dengan baik c. Fungsi penciuman : hidung

		terdapat luka tekan, dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi dengan mata tertutup	tidak terdapat secret, tidak terdapat luka tekan, dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi dengan mata tertutup
	Sistem perkemihan	Pasien terpasang folley kateter, jumlah urin 250 cc, warna kuning jernih, saat berkemih tidak nyeri	Pasien terpasang folley kateter, jumlah urin 300 cc, warna kuning jernih, saat berkemih tidak nyeri
	Sistem integumen	Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, luka post SC 12 cm dengan insisi horizontal, tidak terdapat cloasma gravidarum, luka tertutup perban, tidak ada rembesan di sekitar luka	Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, luka post SC 12 cm dengan insisi horizontal, tidak terdapat cloasma gravidarum, luka tertutup perban, tidak ada rembesan di sekitar luka
	Sistem endokrin	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat kelenjar getah bening, tidak terdapat nyeri tekan pada daerah leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat kelenjar getah bening, tidak terdapat nyeri tekan pada daerah leher
	Sistem musculoskeletal	Ekstremitas atas : simetris antara kanan dan kiri, terpasang infus di tangan kanan 20 tpm, tonus otot baik Ekstremitas bawah : simetris antara kanan dan kiri, tonus otot baik, ekstemitas kanan dan kiri bengkak, tidak terdapat edema. Kekuatan otot:	Ekstremitas atas : simetris antara kanan dan kiri, terpasang infus di tangan kanan 20 tpm, tonus otot baik Ekstremitas bawah : simetris antara kanan dan kiri, tonus otot baik, ekstemitas kanan dan kiri bengkak, tidak terdapat edema.

		5 | 5 3 | 3	Kekuatan otot: 5 | 5 3 | 3
	Sistem reproduksi	Payudara : simetris antara kanan dan kiri, hiperpigmentasi areola, putting menonjol, tidak ada nyeri tekan pada payudara, ASI keluar banyak, payudara saat ditekan terdapat colostrum (+). 2. Uterus : Adanya luka post SC dengan Panjang luka 12 cm, insisi horizontal. Uterus teraba keras, tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari di bawah pusat 3. Genetalia : Adanya pengeluaran darah dari lochea rubra, berwarna merah segar, konsistensi agak kental, tidak ada nyeri tekan, dan tidak terdapat edema pada vagina.	Payudara : simetris antara kanan dan kiri, hiperpigmentasi areola, putting menonjol, tidak ada nyeri tekan pada payudara, ASI keluar banyak, payudara saat ditekan terdapat colostrum (+). 2. Uterus : Adanya luka post SC dengan Panjang luka 12 cm, insisi horizontal. Uterus teraba keras, tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari di bawah pusat 3. Genetalia : Adanya pengeluaran darah dari lochea rubra, berwarna merah segar, konsistensi agak kental, tidak ada nyeri tekan, dan tidak terdapat edema pada vagina.
	DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL		
	PSIKOSOSIAL		
	Persepsi diri	Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah cara merawat bayi, harapan setelah menjalani perawatan adalah bayi sehat dan ibu sehat, perubahan yang dirasakan setelah melahirkan	Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah cara merawat bayi, harapan setelah menjalani perawatan adalah bayi sehat dan ibu sehat, perubahan

		adalah fokus merawat bayinya	yang dirasakan setelah melahirkan adalah fokus merawat bayinya
	Konsep diri	Body image : pasien merasa bentuk tubuh dan penampilannya sekarang mengalami penurunan, berbeda dengan keadaan sebelumnya. Peran : pasien merasa dengan kondisinya yang sekarang dapat melakukan peran yang dimiliki sebagai orang tua Ideal diri : pasien dapat merawat bayinya dengan maksimal. Identitas diri : pasien tidak memandang dirinya berbeda dengan orang lain karena kondisinya sekarang	Body image : pasien merasa bentuk tubuh dan penampilannya sekarang mengalami penurunan, berbeda dengan keadaan sebelumnya. Peran : pasien merasa dengan kondisinya yang sekarang dapat melakukan peran yang dimiliki sebagai orang tua Ideal diri : pasien dapat merawat bayinya dengan maksimal. Identitas diri : pasien tidak memandang dirinya berbeda dengan orang lain karena kondisinya sekarang
	Hubungan komunikasi	klien mengatakan Bahasa sehari-hari adalah Bahasa jawa, kejelasan bicara baik dan jelas, mampu dimengerti oleh orang lain	klien mengatakan Bahasa sehari-hari adalah Bahasa jawa, kejelasan bicara baik dan jelas, mampu dimengerti oleh orang lain
	Kebiasaan seksual	Klien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual, dan belum menopause	Klien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual, dan belum menopause
	SPIRITUAL	klien beragama islam, dan rutin menjalankan ibadah sholat dan selalu	Klien beragama islam, dan rutin menjalankan ibadah sholat dan selalu

		berdo'a untuk segala kelancaran persalinan nya.	berdo'a untuk segala kelancaran persalinan nya.
10	DATA PENUNJANG Pasien 1 tanggal 19 april 2024 Pasien 2 tanggal 20 april 2024		

Nama pemeriksaan	Hasil klien 1	Hasil klien 2	Satuan	Nilai Rujuk
HEMATOLOGI				
DARAH LENGKAP				
Hemoglobin	L 9.6	L 11.9	g/dL	11,7-
Leukosit	H 17.45	H 18.05	10^3/uL	3.6 -
Trombosit	168	165	10^3/uL	150-
Hematokrit	L 28.2	L 28.3	%	35-
Eritrosit	L 3.81	L 3.35	10^6/uL	3.8-
MCV	L 73.9	L 78.7	fL	80-
MCH	25.2	26.2	Pg	26-
MCHC	H 34.1	33.3	g/dL	32-
RDW	14.2	H 18.0	%	11.5 -
MPV	9.7	11.0	fL	7.0-
HITUNG JENIS (DIFF)				
Segmen	H 91.4	H 90.4	%	28.0-
Limposit	L 5.9	L 5.4	%	25-
Monosit	3.0	4.0	%	2-
Eosinofil	L 0.0	L 0.2	%	2
Basophil	0.0	0.0	%	0-
HBsAg ELFA	0.01 S/co negative <0.13			
HIV Combi	0.06 <0.25			

11	TERAPI	Infus RL 500 m/8jam 20 tpm Ranitinde 2x2 ml(iv) Keterolak (iv)	Infus RL 500 m/8jam 20 tpm Cefotaxime 2x1 (iv) Keterolak (iv)

B. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	KLIEN 1		
1.	DS: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi Nyeri berkurang jika istirahat dan minum obat Nyeri bertambah pada saat beraktivitas Nyeri seperti teriris-iris Nyeri hilang timbul DO: klien tampak meringis Klien tampak gelisah dengan skala 6 (0-10) Terdapat luka post SC Horizontal Luka sc sepanjang 12 cm lebar 2 cm Ttv Td: 110/80 mmHg RR: 20x/menit N: 88x/menit Suhu: 36,0°C	SC ↓ Luka post Operasi ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Nyeri luka post SC ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2.	Ds : pasien mengatakan nyeri dan sulit Ketika berjalan atau beraktivitas Pasien mengatakan nyeri luka SC saat bergerak Do: terdapat luka post operasi SC, diabdomen bagian bawah Kekuatan otot menurut 5533	Anastesi ↓ Ketegangan otot ↓ Lemah ↓ Tidak mampu beraktivitas ↓ Tirah baring yang lama ↓ Kehilangan daya otot ↓ Penurunan kekuatan otot ↓	Gangguan mobilitas fisik

		Perubahan system musculoskeletal ↓ Gangguan mobilitas fisik	
3	Ds: - Do: Tampak luka post SC tertutup kasa pada bagian bawah abdomen dengan Panjang luka kurang lebih 12 cm	Jaringan terbuka ↓ Proteksi kurang ↓ Invasi bakteri ↓ Risiko infeksi	Resiko infeksi
KLIEN 2			
1.	DS: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi Nyeri berkurang jika istirahat dan minum obat Nyeri bertambah pada saat beraktivitas Nyeri seperti teriris-iris Nyeri hilang timbul DO: klien tampak meringis Klien tampak gelisah dengan skala 6 (0-10) terdapat luka post SC Horizontal Luka sc sepanjang 12 cm lebar 2 cm Ttv Td: 110/80 mmHg RR: 20x/menit N: 88x/menit	SC ↓ Luka post Operasi ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Nyeri luka post SC ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

	Suhu: 36,2°C		
2.	Ds : Klien mengatakan nyeri dan sulit Ketika berjalan atau beraktivitas Pasien mengatakan nyeri luka SC saat bergerak Do: terdapat luka post operasi SC, diabdomen bagian bawah, tampak kaki bengkak Kekuatan otot menurut 5 | 5 3 | 3	Anastesi ↓ Ketegangan otot ↓ Lemah ↓ Tidak mampu beraktivitas ↓ Tirah baring yang lama ↓ Kehilangan daya otot ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Perubahan system musculoskeletal ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3	Ds: - Do: Tampak luka post SC tertutup kasa pada bagian bawah abdomen dengan Panjang luka kurang lebih 12 cm	Jaringan terbuka ↓ Proteksi kurang ↓ Invasi bakteri ↓	Resiko infeksi

		Risiko infeksi	

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Pasien 1	Pasien 2
1.	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan secara SC dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi , skala nyeri 6, nyeri bertambah ketika merubah posisi atau bergerak, tampak meringis menahan nyeri. D.0077	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan secara SC dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi , skala nyeri 6, nyeri bertambah ketika merubah posisi atau bergerak, tampak meringis menahan nyeri. D.0077
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak karena luka post SC, fisik tampak lemah. D.0054	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak karena luka post SC, fisik tampak lemah. D.0054
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan terdapat luka post SC pada abdomen bagian bawah , lukanya tertutup kassa, Panjang lukanya kurang lebih 12 cm D.0142	Risiko infeksi dibuktikan dengan terdapat luka post SC pada abdomen bagian bawah , lukanya tertutup kassa, Panjang lukanya kurang lebih 12 cm D.0142

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

NO	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	**Intervensi**	**Rasional**
			KLIEN 1	
1	**Nyeri akut (D.0077)** Berhubungan dengan pembedahan secara SC dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, dengan skala 6, nyeri bertambah ketika merubah posisi atau bergerak, tampak meringis menahan rasa nyeri	**Tingkat nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender selama 5x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1 keluhan nyeri menurun 2 meringis menurun 3 proses berpikir membaik	**Manajemen nyeri (I.08238)** **Observasi** 1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2Identifikasi skala nyeri 3mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4 mengidentifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1 berikan terapi non farmakologis (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) 2 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemulihan strategi meredakan nyeri	1 Lakukan pengkajian komprehensif nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau derajat nyeri dan faktor yang menimbulkan. 2 Mengetahui berapa tingkat nyeri 3 Lakukan pengkajian faktor penyebab nyeri 4 Perhatikan raut wajah klien Ketika menahan nyeri 5 Berikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender akan meningkatkan hormon endorphin dan menurunkan aktivitas

			edukasi 1 Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 2 Jelaskan strategi meredakan nyeri 3 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4 Anjurkan menggunakan 5 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi pemberian analgetic	metabolieme dan menurunkan respon nyeri 6 Gunakan strategi komunikasi teraputik untuk menggali informasi terhadap pengalaman nyeri dan cara pasien merespon terjadinya nyeri 7 Tanyakan pada pasien kapan nyeri menjadi lebih buruk dan apa yang dilakukan untuk mengurangi nyeri 8 Ajari klien untuk menggunakan mediasi nyeri yang telah diajarkan perawat

2	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan klien mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak karena luka post SC, fisik lemah. D.0054	**Mobilitas fisik L.05042** Setelah dilakukan 3x 24 jam dengan kriteria hasil: 1 pergerakan ekstremitas meningkat 2 Nyeri menurun 3 kelemahan fisik menurun Kecemasan menurun	**Dukungan mobilisasi I.05173** Observasi : 1 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraputik Libatkan keluarga untuk membantu	1 Membantu klien untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah robekan pada insisi bagian abdomen 2 klien belajar lebih mandiri dalam aktivitas sehari hari 3 meningkatkan kekuatan dan fungsi otot post sc 4 membantu klien untuk memahami manfaat mobilisasi 5 membantu klien untuk lebih termotivasi untuk mobilisasi
3	Risiko infeksi	**Tingkat infeksi** Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam dengan kriteria hasil : 1 kemerahan menurun 2nyeri menurun 3 kultur area luka membaik	**Pencegahan infeksi (I.14539)** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 3. Ajarkan mencuci tangan dengan dengan benar	1 membantu medeteksi dini,agar terhindar dari bakteri, atau partikel-partikel kecil yang masuk 2 Melindungi diri sendiri dan orang lain 3membantu mencegah infeksi

			4. Anjurkan meningkatkan nutrisi dan cairan	4 menurunkan risiko terkontaminasi silang
KLIEN 2				
1	**Nyeri akut (D.0077)** Berhubungan dengan pembedahan secara SC dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, dengan skala 5, nyeri bertambah ketika merubah posisi atau bergerak, tampak meringis menahan rasa nyeri	**Tingkat nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender selama 5x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun **3.** proses berpikir membaik	**Manajemen nyeri (I.08238)** **Observasi** 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1 berikan terapi non farmakologis (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemulihan strategi meredakan nyeri edukasi	1. Lakukan pengkajian komprehensif nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau derajat nyeri dan faktor yang menimbulkan. 2. Mengetahui berapa tingkat nyeri 3. Lakukan pengkajian faktor penyebab nyeri 4. Perhatikan raut wajah klien Ketika menahan nyeri 5. Berikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender akan meningkatkan hormon endorphin

			1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi pemberian analgetic	dan menurunkan aktivitas metabolieme dan menurunkan respon nyeri 6. Gunakan strategi komunikasi teraputik untuk menggali informasi terhadap pengalaman nyeri dan cara pasien merespon terjadinya nyeri 7. Tanyakan pada pasien kapan nyeri menjadi lebih buruk dan apa yang dilakukan untuk mengurangi nyeri 8. Ajari klien untuk menggunakan mediasi nyeri yang telah diajarkan perawat
2	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan	**Mobilitas fisik L.05042**		1. Membantu klien untuk meningkatkan

	penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan klien mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak karena luka post SC, fisik lemah. D.0054	Setelah dilakukan 3x 24 jam dengan kriteria hasil: 1 Pergerakan ekstremitas meningkat 2 Nyeri menurun 3 kelemahan fisik menurun Kecemasan menurun	**Dukungan mobilisasi I.05173** Observasi : 1 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraputik Libatkan keluarga untuk membantu	sirkulasi darah dan mencegah robekan pada insisi bagian abdomen 2. klien belajar lebih mandiri dalam aktivitas sehari hari 3. meningkatkan kekuatan dan fungsi otot post sc 4. membantu klien untuk memahami manfaat mobilisasi 5. membantu klien untuk lebih termotivasi untuk mobilisasi
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan jaringan kuliat adanya luka operasi SC bagian abdomen	**Tingkat infeksi** Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam dengan kriteria hasil : 1. kemerahan menurun 2. nyeri menurun 3. kultur area luka membaik	**Pencegahan infeksi (I.14539)** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 3. Ajarkan mencuci tangan dengan dengan benar 4. Anjurkan meningkatkan nutrisi dan cairan	1. Membantu medeteksi dini,agar terhindar dari bakteri, atau partikel-partikel kecil yang masuk 2. Melindungi diri sendiri dan orang lain

				3. Membantu mencegah infeksi 4. Menurunkan risiko terkontaminasi silang

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD dan nama
KLIEN 1				
1	Dx 1 tanggal 18-4-2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x.menit RR:19x/menit Saturasi : 99% T: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: klien mengatakan nyeri diabdomen bekas operasi SC, nyerinya terasa seperti diiris-iris, tidak menjalar hanya bagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan hilang timbul sering dirasakan Ketika klien berubah posisi atau bergerak, dan berkurang Ketika klien istirahat	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian insisi abdomen bekas operasi, tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender nyeri berkurang dan akan melakukan terapi tersebut. O: pada pukul 10.00 klien telah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dari 6 menjadi 5, klien masih meringis menahan nyeri saat berubah posisi Hasil ttv: TD: 110/70 mmHg N:88x/menit RR: 19x/menit	Putri Syita

		T : identifikasi skala nyeri R: pasien mengatakan skala 6 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak T: mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri R: klien mengatakan bergerak dan jalan kaki, memperingan ketika berbaring dan duduk T: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) R: pasien mengikuti arahan perawat dan tampak tenang, skala nyeri setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dari 6 menjadi 5	Suhu: 36.0°C Spo: 99% A: masalah teratasi P: intervensi dilanjutkan	
	Dx 2 tanggal 18-4-2024	T: Mengidentifikasi adanya nyeri nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien mengatakan ketika kakinya sulit digerakan sakit karena nyeri Kekuatan otot : 5 | 5 3 | 3 T: menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	S: Klien mengatakan kakinya terasa lemah untuk dipergerakan karena nyeri dan bengkak O: klien tampak lemah dan masih terbaring di tempat tidur dengan kekuatan otot :	

		R: klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan, diinformasikan oleh perawat dan mencoba untuk melakukan mobilisasi secara perlahan-lahan T: mengajarkan mobilisasi sederhana misalnya miring kanan miring kiri dan duduk ditempat tidur R: Klien mampu melakukan mobilisasi sederhana, miring kanan miring kiri dan duduk ditemapat tidur dengan perlahan T: melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi T: mengatur posisi ubah setiap 2 jam R: pasien bersedia mencoba untuk menggerakan anggota tubuhnya dan melakukannya jika tidak nyeri	5 | 5 3 | 3 Pasien mampu melakukan miring kanan dan kiri dan duduk ditemapt tidur A: masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan	Putri Syita
	Dx 3 tanggal 18-4-2024	T : Monitor tanda dan gejala infeksi R: T: Ajarkan mencuci tangan dengan benar R : klien dapat mengikuti yang diarahkan perawat	S: - O: luka tampak bersih, Terdapat luka bekas operasi SC Panjang 12cm, horizontal Penurunan hb L 9.6 A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	Putri Syita

2	Dx 1 Tanggal 19-4-2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 120/80 mmHg N: 90x.menit RR: 20x/menit Saturasi : 98% T: mengobservasi skala nyeri R: klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) T: Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri R: pasien mengikuti arahan perawat dan tampak tenang, setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4	S: Klien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih baik daripada kemarin dan setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender berkurang dan akan melakukan terapi tersebut O: pada pukul 10.10 klien telah melakukan relaksasi napas dalam dengan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4 A: masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan	Putri syita
	Dx 2 Tanggal 19-4-2024	T: Anjurkan klien makan makanan yang bernutrisi R: klien mengatakan slalu abis saat makan T: ajarkan klien mencuci tangan dengan benar R: Klien memhami atas penjelasan dari perawat	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC seperti di iris-iris O: tampak jaitan operasi SC tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan sekitar luka.	Putri Syita

			A: masalah teratasi Sebagian P: imtervensi dilanjutkan	
	Dx 3 Tanggal 19-4-2024	T: Mengidentifikasi adanya nyeri nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien mengatakan ketika kakinya sulit digerakan sakit karena nyeri dan tidak bengkak Kekuatan otot : 5 | 5 4 | 4 T: mengajarkan mobilisasi sederhana berjalan dan berpindah dari WC ke tempat tidur dan sebaliknya R: klien mampu melakukan mobilisasi dari tempat tidur ke Toilet T: Libatkan keluarga untuk embantu klien dalam melakukan pergerakan R: Keluarga membantu klien dalam meningkatkan pergerakan T: keluarga klien dapat membantu untuk kesembuhan klien	S: Klien mengatakan kakinya terasa lemah untuk dipergerakan karena nyeri O: Pasien tampak berusaha menggerakan kaki secara perlahan kekuatan otot : 5 | 5 4 | 4 Pasien mampu melakukan miring kanan dan kiri dan duduk ditemapt tidur A: masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan	Putri Syita
3	Dx 1 22 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 120/80 mmHg N: 90x.menit RR: 20x/menit	S: Klien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih baik daripada kemarin dan setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan	

		Saturasi : 98% T: mengobservasi skala nyeri R: klien mengatakan skala nyeri 4 (0-10) T: Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri R: Pasien mengikuti arahan perawat dan tampak tenang, setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3	aromaterapi lavender berkurang dan akan melakukan terapi tersebut O: pada pukul 10.10 klien telah melakukan relaksasi napas dalam dengan skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3 tampak tenang A: masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan	Putri Syita
	Dx 2 22 april 2024	T: Anjurkan klien makan makanan yang bernutrisi R: klien mengatakan slalu abis saat makan T: ajarkan klien mencuci tangan dengan benar R: Klien memahami dan mempraktektkan mencuci tangan 6 langkah yang dijelaskan oleh perawat	S: - O: Tampak jaitan operasi SC tidak ada rembesan, jaitan rapet dan kering A: masalah teratasi P: imtervensi dihentikan	Putri syita
	Dx 3 22 april 2024	T: Mengidentifikasi adanya nyeri nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien mengatakan ketika kakinya sudah tidak sulit digerakan Kekuatan otot :	S: Klien mengatakan kakinya terasa lemah untuk dipergerakan karena nyeri O: klien tampak bisa berjalan dari tempat tidur ke toilet	

		5 | 5 5 | 5 T: mengajarkan mobilisasi sederhana berjalan dan berpindah dari WC ke tempat tidur dan sebaliknya R: klien mampu melakukan mobilisasi dari tempat tidur ke Toilet T: Libatkan keluarga untuk embantu klien dalam melakukan pergerakan R: Keluarga membantu klien dalam meningkatkan pergerakan T: keluarga klien dapat membantu untuk kesembuhan klien	kekuatan otot : 5 | 5 5 | 5 Pasien mampu melakukan miring kanan dan kiri dan duduk ditemapt tidur A: masalah teratasi P:intervensi dihentikan	Putri syita
4	Dx 1 24 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/90 mmHg N: 81x.menit RR: 20x/menit Saturasi : 99% T: mengobservasi skala nyeri R: klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) T: Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri R: Pasien mengikuti arahan perawat dan tampak tenang, setelah melakukan	S: Klien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih baik daripada kemarin dan setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender berkurang dan akan melakukan terapi tersebut O: klien tampak senyum, tennag pada pukul 10.10 klien telah melakukan relaksasi napas dalam dengan skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 A: masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan	 Putri Syita

		relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2		
5	Dx 1 25 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 90x.menit RR: 20x/menit Saturasi : 98% T: mengobservasi skala nyeri R: klien mengatakan skala nyeri 2 (0-10) T: Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri R: Pasien mengikuti arahan perawat dan tampak tenang, setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2	S: Klien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih baik daripada kemarin dan setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender berkurang dan akan melakukan terapi tersebut dari skala 3 menjadi 2 O: pada pukul 10.10 klien telah melakukan relaksasi napas dalam dengan skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 tampak tenang A: masalah teratasi P:intervensi dihentikan	Putri Syita
KLIEN 2				
1	Dx 1 19 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x.menit RR:19x/menit Saturasi : 99%	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian insisi abdomen bekas operasi, tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender	

		T: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: pasien mengatakan nyeri diabdomen bekas operasi SC, nyerinya terasa seperti diiris-iris, tidak menjalar hanya bagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan hilang timbul sering dirasakan Ketika klien berubah posisi atau bergerak, dan berkurang Ketika klien istirahat T : identifikasi skala nyeri R: pasien mengatakan skala 5 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak T: mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri R: klien mengatakan bergerak dan jalan kaki, memperingan ketika berbaring dan duduk T: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) R: Klien mengikuti arahan perawat dan tampak tenang, skala nyeri setelah	nyeri berkurang dan akan melakukan terapi tersebut. O: pada pukul 10.00 klien telah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dari 5 menjadi 4, klien masih meringis menahan nyeri saat berubah posisi Hasil ttv: TD: 100/70 mmHg N:88x/menit RR: 19x/menit Suhu: 36.2°C Spo: 98 % A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	Putri Syita

		dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dari 5 menjadi 4		
	Dx 2 19 april 2024	T : Monitor tanda dan gejala infeksi R: klien mengatakan nyeri seperti di iris-iris T: Ajarkan mencuci tangan dengan benar R : klien dapat mengikuti yang diarahkan perawat	S: - O: tampak jaitan operasi SC tidak ada rembesan dan kemerahan sekitar luka A: masalah teratasi Sebagian P: imtervensi dilanjutkan	Putri Syita
	Dx 3 19 april 2024	T: Mengidentifikasi adanya nyeri nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien mengatakan ketika kakinya sulit digerakan sakit karena nyeri Kekuatan otot : 5 | 5 3 | 3 T: menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R: klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan, diinformasikan oleh perawat dan mencoba untuk melakukan mobilisasi secara perlahan-lahan T: mengajarkan mobilisasi sederhana misalnya miring kanan miring kiri dan duduk ditempat tidur	S: Klien mengatakan kakinya terasa lemah untuk dipergerakan karena nyeri dan bengkak O: Pasien tampak lemah dan masih terbaring di tempat tidur dengan kekuatan otot : 5 | 5 3 | 3 Pasien mampu melakukan miring kanan dan kiri dan duduk ditemapt tidur A: masalah teratasi sebagian	Putri Syita

		R: Klien mampu melakukan mobilisasi sederhana, miring kanan miring kiri dan duduk ditemapat tidur dengan perlahan T: melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi T: mengatur posisi ubah setiap 2 jam R:klien bersedia mencoba untuk menggerakan anggota tubuhnya dan melakukannya jika tidak nyeri	P:intervensi dilanjutkan	
2	Dx 1 20 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x.menit RR:19x/menit Saturasi : 99% T: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: klien mengatakan nyeri diabdomen bekas operasi SC, nyerinya terasa seperti diiris-iris, tidak menjalar hanya bagian abdomen bekas operasi, nyeri	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian insisi abdomen bekas operasi, tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender nyeri berkurang dan akan melakukan terapi tersebut. O: pada pukul 10.00 klien telah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri tidak menurun dengan skala 4. klien masih	

		dirasakan hilang timbul sering dirasakan Ketika klien berubah posisi atau bergerak, dan berkurang Ketika klien istirahat T : identifikasi skala nyeri R: pasien mengatakan skala 4 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak T: mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri R: klien mengatakan bergerak dan jalan kaki, memperingan ketika berbaring dan duduk T: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) R: Klien mengikuti arahan perawat dan tampak meringis, skala nyeri setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dari 4 menjadi 4	meringis menahan nyeri saat berubah posisi Hasil ttv: TD: 110/80 mmHg N:98x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36.2°C Spo: 99% A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	Putri Syita
	Dx 2 20 april 2024	T: Anjurkan klien makan makanan yang bernutrisi R: klien mengatakan slalu abis saat makan	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC seperti di iris-iris	

		T: ajarkan klien mencuci tangan dengan benar R: Klien memhami atas penjelasan dari perawat	O: tampak jaitan operasi SC tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan sekitar luka. A: masalah teratasi Sebagian P: imtervensi dilanjutkan	Putri Syita
	Dx 3 20 april 2024	T: Mengidentifikasi adanya nyeri nyeri atau keluhan fisik lainnya R: klien mengatakan ketika kakinya sulit digerakan sakit karena nyeri Kekuatan otot : 5 | 5 4 | 4 T: menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R: klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan, diinformasikan oleh perawat dan mencoba untuk melakukan mobilisasi secara perlahan-lahan T: mengajarkan mobilisasi sederhana misalnya miring kanan miring kiri dan duduk ditempat tidur R: Klien mampu melakukan mobilisasi sederhana, miring kanan miring kiri dan duduk ditemapat tidur dengan perlahan	S: Klien mengatakan kakinya terasa lemah untuk dipergerakan karena nyeri O: Pasien tampak berusaha menggerakan kaki secara perlahan kekuatan otot : 5 | 5 4 | 4 Pasien mampu melakukan miring kanan dan kiri dan duduk ditemapt tidur A: masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan	Putri Syita

		T: melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi T: mengatur posisi ubah setiap 2 jam R:klien bersedia mencoba untuk menggerakan anggota tubuhnya dan melakukannya jika tidak nyeri		
3	Dx 1 23 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x.menit RR:19x/menit Saturasi : 99% T: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: klien mengatakan nyeri diabdomen bekas operasi SC, nyerinya terasa seperti diiris-iris, tidak menjalar hanya bagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan hilang timbul sering dirasakan Ketika klien berubah posisi atau bergerak, dan berkurang Ketika klien istirahat	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian insisi abdomen bekas operasi, tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender nyeri berkurang dan akan melakukan terapi tersebut. O: pada pukul 10.00 klien telah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dari 4 menjadi 3, klien	Putri Syita

		T : identifikasi skala nyeri R: pasien mengatakan skala 4 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak T: mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri R: klien mengatakan bergerak dan jalan kaki, memperingan ketika berbaring dan duduk T: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) R: Klien mengikuti arahan perawat dan tampak meringis, skala nyeri setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dari 4 menjadi 3	masih meringis menahan nyeri saat berubah posisi Hasil ttv: TD: 110/70 mmHg N:91x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36.7°C Spo2: 96% A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
	Dx 2 23 april 2024	T: Anjurkan klien makan makanan yang bernutrisi R: klien mengatakan slalu abis saat makan T: ajarkan klien mencuci tangan dengan benar R: Klien memahami atas penjelasan dari perawat	S: - O: tampak jaitan operasi SC tidak ada rembesan, tidak ada kemerahan sekitar luka. A: masalah teratasi P: imtervensi dihentikan	

				Putri Syita
4	Dx 1 25 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x.menit RR:19x/menit Saturasi : 99% T: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: klien mengatakan nyeri diabdomen bekas operasi SC, nyerinya terasa seperti diiris-iris, tidak menjalar hanya bagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan hilang timbul sering dirasakan Ketika klien berubah posisi atau bergerak, dan berkurang Ketika klien istirahat T : identifikasi skala nyeri R: pasien mengatakan skala 3 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak T: mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian insisi abdomen bekas operasi, tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender nyeri berkurang dan akan melakukan terapi tersebut. O: pada pukul 10.00 klien telah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dari menjadi 3, klien masih meringis menahan nyeri saat berubah posisi Hasil ttv: TD: 110/70 mmHg N:91x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36.7°C Spo2: 96% A: masalah teratasi Sebagian P: intervensi dilanjutkan	Putri Syita

		R: klien mengatakan bergerak dan jalan kaki, memperingan ketika berbaring dan duduk T: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) R: Klien mengikuti arahan perawat dan tampak meringis, skala nyeri setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dari 3 menjadi 2		
5	Dx 1 26 april 2024	T : Mengobservasi tanda-tanda vital R: Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x.menit RR:19x/menit Saturasi : 99% T: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: klien mengatakan nyeri diabdomen bekas operasi SC, nyerinya terasa seperti diiris-iris, tidak menjalar hanya bagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan hilang timbul sering dirasakan Ketika klien berubah posisi atau bergerak, dan berkurang Ketika klien istirahat	S: Klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian insisi abdomen bekas operasi, tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender nyeri berkurang dan akan melakukan terapi tersebut. O: pada pukul 10.00 klien telah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dari 3 menjadi 2, klien masih meringis menahan nyeri saat berubah posisi Hasil ttv: TD: 110/90 mmHg N:99x/menit RR: 20x/menit	Putri Syita

		T : identifikasi skala nyeri R: pasien mengatakan skala 4 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak T: mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri R: klien mengatakan bergerak dan jalan kaki, memperingan ketika berbaring dan duduk T: memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi) R: Klien mengikuti arahan perawat dan tampak meringis, skala nyeri setelah dilakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dari 3 menjadi 2	Suhu: 36.0°C Spo2: 96% A: masalah teratasi Sebagian P: intervensi dilanjutkan	

F. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. S

Ruangan : 2A dan dikediaman rumah Ny.S

Waktu pelaksanaan : 18 april s.d 25 april 2024

No	Tanggal & waktu	Dx Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	18 april 2024 10.00 WIB	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakannyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketikaberaktivitas atau berubah posisi O:klien tampak meringis, skala 6 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 6 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis 5 (0-10) A: Nyeri akut teratasi Sebagian P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV R: TD: 100/80 mmhg	Putri syita

			N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 6 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 6 menjadi 5 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 6 menjadi 5 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi - hasil ttv : TD: 100/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C	

			SPO2: 99% R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 2	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC O: klien tampak meringis menahan kesakitan, luka SC tertutup perban. A: risiko infeksi teratasi Sebagian P: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi -ajarkan mencuci tangan dengan benar - ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi I: T: monitor dan jelaskan tanda, gejala infeksi R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan oleh perawat, jika ada kemerahan, rembesan darah dari luka operasi segara lapor ke petugas Kesehatan T: ajarkan mencuci tangan dengan benar R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan perawat mencuci tangan dengan 6 langkah T:Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi R:klien jika pulang dari rumah periksa jaitan luka post SC dibidan desa atau puskesmas terdekat. R: Intervensi dilanjutkan	Putri Syita

		Dx 3	S: klien mengatakan Ketika ingin duduk muncul nyeri pada luka post SC O: a. klien tampak meringis Kekuatan otot menurun 5 | 5 4 | 4 A: gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian P: mengidentidikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Mengatajarkan mobilisasi misalkan miring kanan, kiri dan duduk ditempat tidur I: T: mengidentfikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainya R : klien mengatakan jika ingin duduk nyeri luka pada post sc timbul T: menjelaskan tujuan dan prosedur R: klien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat dan ingin mencoba untuk mlakukan mobilisasi secara perlahan- lahan R: klien mampu melakukan miring kanan dan kiri , dan duduk secara perlahan dengan dibantu oleh keluarganya T: mengaji kekuatan otot	Putri syita

			R: kekuatan otot 5 | 5 4 | 4 E: klien mampu melakukan mobilisasi sederhana misalkan miring kanan dan kiri. Dengan kekuatan otot 5 | 5 4 | 4 R: Intervensi dilanjutkan	
2	19 april 2024 10.00 WIB	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakannyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketikaberaktivitas atau berubah posisi O:klien tampak meringis, skala 5 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 5(0-10) setelah dilakukan non farmakologis 4 (0-10) A: Nyeri akut teratasi sebagian P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal	Putri syita

			- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 5 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 5 menjadi 4 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi	

			- hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 2	S: klien mengatakan Ketika ingin duduk muncul nyeri pada luka post SC O: a. klien tampak meringis Kekuatan otot menurun 5 | 5 4 | 4 A: gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian P: mengidentidikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Mengatajarkan mobilisasi misalkan miring kanan, kiri dan duduk ditempat tidur I: T: mengidentfikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainya R : klien mengatakan jika ingin duduk nyeri luka pada post sc timbul T: menjelaskan tujuan dan prosedur	Putri syita

			R: klien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat dan ingin mencoba untuk mlakukan mobilisasi secara perlahan- lahan R: klien mampu melakukan miring kanan dan kiri , dan duduk secara perlahan dengan dibantu oleh keluarganya T: mengkaji kekuata otot R: kekuatan otot 5 | 5 4 | 4 E: klien mampu melakukan mobilisasi sederhana misalkan miring kanan dan kiri. Dengan kekuatan otot 5 | 5 4 | 4 R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 3	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC O: klien tampak meringis menahan kesakitan, luka SC tertutup perban. A: risiko infeksi teratasi Sebagian P: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi -ajarkan mencuci tangan dengan benar - ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi	Putri syita

			- anjurkan meningkatkan asupan nutrisi I: T: monitor dan jelaskan tanda, gejala infeksi R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan oleh perawat, jika ada kemerahan, rembesan darah dari luka operasi segara lapor ke petugas Kesehatan T: ajarkan mencuci tangan dengan benar R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan perawat mencuci tangan dengan 6 langkah T:Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi R:klien jika pulang dari rumah periksa jaitan luka post SC dibidan desa atau puskesmas terdekat. R: Intervensi dilanjutkan	
3	22 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketika beraktivitas atau berubah posisi O: klien tampak meringis, skala 4 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 4 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis 3 (0-10) A: Nyeri akut teratasi sebagian P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal	Putri syita

			- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 4 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 4 menjadi 3 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri dibagian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi	

			- hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 2	S: klien mengatakan sudah bisa duduk O: a. klien tampak tenang Kekuatan otot meningkat 5 | 5 5 | 5 A: gangguan mobilitas fisik teratasi P: mengidentidikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya I: T: mengidentfikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainya R : klien mengatakan jika ingin duduk nyeri luka pada post sc timbul T: menjelaskan tujuan dan prosedur R: klien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat dan ingin mencoba untuk mlakukan mobilisasi secara perlahan- lahan	Putri syita

			R: klien mampu melakukan miring kanan dan kiri , dan duduk secara perlahan dengan dibantu oleh keluarganya T: mengkaji kekuatan otot R: kekuatan otot 5 | 5 5 | 5 E: klien mampu melakukan jalan ke toilet secara mandiri Dengan kekuatan otot 5 | 5 5 | 5 R: Intervensi dihentikan	
		Dx 3	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC O: klien tampak meringis menahan kesakitan, luka SC tertutup perban. A: risiko infeksi teratasi sebagian P: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi -ajarkan mencuci tangan dengan benar - ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi I: T: monitor dan jelaskan tanda, gejala infeksi	Putri syita

			R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan oleh perawat, jika ada kemerahan, rembesan darah dari luka operasi segara lapor ke petugas Kesehatan T: ajarkan mencuci tangan dengan benar R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan perawat mencuci tangan dengan 6 langkah T:Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi R:klien jika pulang dari rumah periksa jaitan luka post SC dibidan desa atau puskesmas terdekat. R: Intervensi dilanjutkan	
4	24 april 2024	Dx 1	S: Klien mengatakan masih merasakan sedikit nyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketika jalan dari kamer ke depan rumah O:klien tampak tenang, skala 3 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 3 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis 2 (0-10) A: Nyeri akut P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV	Putri syita

			R: TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 20x/menit Suhu:36.2°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 3 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak tenang T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 3 menjadi 2 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi - hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 90x/menit RR: 20x/menit	

			Suhu:36.4°C R: Intervensi dilanjutkan	
5	25 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan masih sedikit nyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketika beraktivitas atau berubah posisi O:klien tampak tenang skala 3 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 2 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis 2 (0-10) A: Nyeri akut P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 96x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.2°C T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 3 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender	Putri syita

			R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 3 menjadi 2 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi dan Kembali beraktivitas ringan - hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 96x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.2°C SPO2: 99% R: Intervensi dihentikan	

Nama : Ny. R
Ruangan : 12 B dan di kediaman rumah
Waktu pelaksanaan : 19 – 26 april 2024

1	19 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah Ketika beraktivitas atau berubah posisi O:klien tampak meringis, skala 5 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 5(0-10) setelah dilakukan non farmakologis 4 (0-10) A: Nyeri akut teratasi Sebagian P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 5 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Putri syita

			R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 5 menjadi 4 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi - hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% R: Intervensi dilanjutkan	
	19 april 2024	Dx 2	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC O: klien tampak meringis menahan kesakitan, luka SC tertutup perban.	

			A: risiko infeksi teratasi sebagian P: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi -ajarkan mencuci tangan dengan benar - ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi I: T: monitor dan jelaskan tanda, gejala infeksi R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan oleh perawat, jika ada kemerahan, rembesan darah dari luka operasi segara lapor ke petugas Kesehatan T: ajarkan mencuci tangan dengan benar R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan perawat mencuci tangan dengan 6 langkah T:Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi R:klien jika pulang dari rumah periksa jaitan luka post SC dibidan desa atau puskesmas terdekat. R: Intervensi dilanjutkan	
	19 april 2024	Dx 3	S: klien mengatakan Ketika ingin duduk muncul nyeri pada luka post SC O: a. klien tampak meringis Kekuatan otot menurun 5 | 5 3 | 3 A: gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	

			P: mengidentidikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Mengatajarkan mobilisasi misalkan miring kanan, kiri dan duduk ditempat tidur I: T: mengidentfikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainya R : klien mengatakan jika ingin duduk nyeri luka pada post sc timbul T: menjelaskan tujuan dan prosedur R: klien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat dan ingin mencoba untuk mlakukan mobilisasi secara perlahan- lahan R: klien mampu melakukan miring kanan dan kiri , dan duduk secara perlahan dengan dibantu oleh keluarganya T: mengkaji kekuata otot R: kekuatan otot 5 | 5 3 | 3 E: klien mampu melakukan mobilisasi sederhana misalkan miring kanan dan kiri. Dengan kekuatan otot 5 | 5 3 | 3 R: Intervensi dilanjutkan	

2	22 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketika beraktivitas atau berubah posisi O:klien tampak sedikit tenang, skala 4 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 4 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis tidak menurun skala 4 (0-10) A: Nyeri akut teratasi sebagian P: - mengobservasi tanda-tamda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender) I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 4 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender	Putri syita

			R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam tidak menurun E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri dibagian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri tidak menurun - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi - hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 2	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC O: klien tampak meringis menahan kesakitan, luka SC tertutup perban. A: risiko infeksi teratasi Sebagian P: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi -ajarkan mencuci tangan dengan benar	Putri syita

			- ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi I: T: monitor dan jelaskan tanda, gejala infeksi R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan oleh perawat, jika ada kemerahan, rembesan darah dari luka operasi segara lapor ke petugas Kesehatan T: ajarkan mencuci tangan dengan benar R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan perawat mencuci tangan dengan 6 langkah T:Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi R:klien jika pulang dari rumah periksa jaitan luka post SC dibidan desa atau puskesmas terdekat. R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 3	S: klien mengatakan ketika duduk nyeri berkurang pada luka post SC O: a. klien tampak tenang Kekuatan otot meningkat 5 | 5 4 | 4 A: gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian P: mengidentidikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Putri syita

			Mengatajarkan mobilisasi misalkan miring kanan, kiri dan duduk ditempat tidur I: T: mengidentfikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainya R : klien mengatakan jika ingin duduk nyeri luka pada post sc timbul T: menjelaskan tujuan dan prosedur R: klien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat dan ingin mencoba untuk mlakukan mobilisasi secara perlahan- lahan R: klien mampu melakukan miring kanan dan kiri , dan duduk secara perlahan dengan dibantu oleh keluarganya T: mengkaji kekuata otot R: kekuatan otot 5 | 5 4 | 4 E: klien mampu melakukan mobilisasi sederhana misalkan miring kanan dan kiri. Dengan kekuatan otot 5 | 5 4 | 4 R: Intervensi dilanjutkan	
3	23 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakan sedikit nyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan	Putri Syita

			aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketika beraktivitas atau berubah posisi O:klien tampak meringis, skala 4 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 4(0-10) setelah dilakukan non farmakologis 3 (0-10) A: Nyeri akut teratasi sebagian P: - mengobservasi tanda-tanda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender) I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 90x/menit RR: 20x/menit Suhu:36.3°C SPO2: 99% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 4 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 4 menjadi 3	

			E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi - hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% R: Intervensi dilanjutkan	
		Dx 2	S: klien mengatakan nyeri bagian perut bekas operasi SC sudah berkurang O: klien tampak tenang, luka SC tertutup perban, sekitar perban,luka tidak ada kemerahan, tidak ada rembesan A: risiko infeksi teratasi P: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi -ajarkan mencuci tangan dengan benar I: T: monitor dan jelaskan tanda, gejala infeksi	Putri syita

			R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan oleh perawat, jika ada kemerahan, rembesan darah dari luka operasi segara lapor ke petugas kesehatan T: ajarkan mencuci tangan dengan benar R: klien mengatakan paham yang sudah dijelaskan perawat mencuci tangan dengan 6 langkah T:Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi R:klien jika pulang dari rumah periksa jaitan luka post SC dibidan desa atau puskesmas terdekat. R: Intervensi dihentikan	
		Dx 3	S: Klien mengatakan ketika ingin duduk sudah tidak nyeri dan klien mengatakan sudah nyaman beraktivitas O: a. klien tampak tenang Kekuatan otot meningkat 5 | 5 5 | 5 A: gangguan mobilitas fisik teratasi P: mengidentidikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya I: T: mengidentfikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainya R : klien mengatakan jika ingin duduk nyeri luka pada post sc timbul T: menjelaskan tujuan dan prosedur	Putri syita

			R: klien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat dan klien mengatakan sudah bisa berjalan dari kamer ke toilet R: klien sudah bisa berativitas dengan nyaman T: mengkaji kekuata otot R: kekuatan otot 5 | 5 5 | 5 E: klien mampu melakukan mobilisasi sederhana Dengan kekuatan otot 5 | 5 5 | 5 R: Intervensi dihentikan	
4	25 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan masih merasakannyeri diperut bekas operasi. Setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi nyeri menurun dan nyeri bertambah ketikaberaktivitas atau berubah posisi O: klien tampak tenang, skala 3 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 3 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis 2 (0-10) A: Nyeri akut teratasi Sebagian P: - mengobservasi tanda-tanda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal	Putri Syita

			- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender) I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 90x/menit RR: 20x/menit Suhu:36.4°C SPO2: 96% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 3 (0-10) T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak meringis kesakitan T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam nyeri menurun dari 3 menjadi 2 E: -klien mengatakan masih merasakan nyeri diabgian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi	

			- hasil ttv : TD: 100/80 mmhg N: 98x/menit RR: 20x/menit Suhu:36.6°C SPO2: 98% R: Intervensi dilanjutkan	
5	26 april 2024	Dx 1	S: klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi berkurang O:klien tampak tenang, skala 3 (0-10), skala nyeri sebelum dilakukan teknik non farmakologis 3 (0-10) setelah dilakukan non farmakologis 2 (0-10) A: Nyeri akut teratasi P: - mengobservasi tanda-tanda vital - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender I : T: mengobservasi TTV R: TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 20x/menit Suhu:36.4°C SPO2: 98% T: mengobservasi skala nyeri R: skala nyeri 2 (0-10)	Putri Syita

			T: mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: klien tampak tenang T: berikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender R: klien dapat mengikuti arahan dengan baik , setelah melakukan relaksasi napas dalam menurun dari 3 menjadi 2 E: -Klien mengatakan masih merasakan nyeri dibagian perut bekas operasi tetapi setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender klien mengatakan nyerinya berkurang dan perasaannya lebih tenang. -Pukul 10.10 WIB klien diberikan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender dengan skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 nyeri ringan. - klien tampak lebih tenang dan rileks setelah melakukan relaksasi napas dalam dan aromaterapi - hasil ttv : TD: 110/80 mmhg N: 88x/menit RR: 19x/menit Suhu:36.0°C SPO2: 99% R: Intervensi dihentikan	

Lembar 12 konsultasi

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN TASIKMALAYA

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CIREBON

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Putri Syita Anggraeni

NIM : P20620221055

Pembimbing Utama : Hj. Santi Wahyuni S.Kep., M.Kep., Sp.mat

Pembimbing Pendamping : Hj. Badriah, SST, MPH

No	Hari/ Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing 1, 2, dan 3		
1	Selasa,09 -1-2024	Pengajuan judul	- Bandingkan jurnal, perdalam jurnalnya agar lebih paham dn menguatkan judul - Tahun jurnalnya cari yang terbaru			
2.	Senin, 15-1-2024	Latar belakang	- Kutipan tahun harus sama dengan daftar pustaka - Satu alenia harus terdapat beberapa kalimat, latar belakang mengerucut			
3	Jumat, 19-1-2024	Bab 1	- Penulisan tanda baca dan penggunaan penulisan cukup diawal tidak disingkat dan berulang-ulang.			
4	Kamis, 25-1-2024	Bab 1	- Teknik penulisan latar belakang, segi bahasa masih rancu			

5	Rabu, 31-1-2024	Bab 1	- Insiden SC sedunia tambah 1 alinea lagi buat kalimat yang efektif dan mudah dipahami - Teknik penulisan			
6	Senin, 5-02-2024	Bab 1 Bab 2	- Penulisan latar belakang - Penomoran pada proposal			
7	Senin, 12-2-2024	Bab 1 Bab 2 Bab 3	- Latar belakang tidak usah pakai indikasi sungsang - Bahasa masih rancu - Penulisan APGAR score hanya scorenya saja kecil apgarnya kapital - Segi bahasa masih rancu			
8	Kamis,22- 2-2024	Bab 2	- Urutkan pengkajian payudara - Kelompokkan pengkajian kontraksi uterus			
9	Jumat, 23-2-2024	Bab 2	- Kutipan harus sumber primer - Urutkan pengkajian payudara - Kontraksi uterus			
10	Senin, 4-3-2024	Bab 1 Bab 2 Bab 3	- Penulisan, segi Bahasa masih rancu - Masih ada penulisan yang kosong tidak boleh kosong - Konsep teori - Definisi operasional dibuat oleh penulis - Teknik pengumpulan data sesuai studi kasus yang dibuat - Etika penyusunan pakai Bahasa indonesia			
11	Kamis, 7-3-2024	Cover bab 1, bab 2	- Teknik penulisan - Penulisan spasi - Cover ada tentang nyeri, nyeri tentang apa?			

12	Kamis, 14-3-2024	Sidang proposal	- Di Judul kalimat "pemberian" "ibu" dihapus saja - Data AKI jika tidak nyambung dihapus saja - Perbaikan kalimat bab 1 - Pidahkan konsep post SC setelah konsep SC - Perbaiki penulisan adaptasi fisiologis dan psikologis - Gambar usahakan dari Atlas anatomi fisiologi atau discan dari buku - Pathway bikin sesuai patofisiologi yang dibuat sendiri - Diagnosa konstipasi boleh dimasukan jika paham dan bisa menjelaskan - Definisi operasional dilengkapi dan ditambahkan Asuhan keperawatan dan urutkan sesuai judul - Pengutipan et.al diketik dengan *italic* - Usahakan tidak dari 1 sumber banyak sumber lainnya, bobak, atau buku kebidanan lainnya			
13	Kamis, 21– 3-2024	Revisi sidang proposal	- Kalimat yang Judul sudah dihapus sesuai pedoman - Data AKI sudah dihapus - Kalimat di bab 1 sudah diperbaiki - Pathway sudah sesuai patofisiologis dan sudah dibuat patofisiologisnya			
	22-3-2024	Latar belakang	- Rujuk data SC ke Who - Pathway sesuai patofisiologis yang dibuat sendiri			

Mengetahui
Ketua Program studi

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

Edi Ruhyadi, S.Kep.Ns. M.Kes
NIP. 197012071993031001

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN TASIKMALAYA

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CIREBON

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI SIDANG AKHIR

Nama **: Putri Syita Anggraeni**

Nim :**P20620221055**

Pembimbing utama : **Hj. Badriah. SST. MPH**

Pembimbing Pendamping :**Ns. Sriyatin ,.APP. S.Kep, M.Kes**

No	Hari/ tanggal	materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing	
1	Kamis, 16 mei 2024	Cover, bab 4 Bab 4	Cover judul tambahkan.ruangan dewi sartika, hasil studi kasus dipisah, pengetikan jarak font dan sub judul Penulisan hasil studi kasus klien 1 dan 2 dipisah dibentuk narasi 4.1 hasil studi kasus 1 ,pengkajian sampai evaluasi 4.2 hasil studi kasus 2, pengkajian sampai evaluasi		
2	Senin, 20 mei 2024	Abstrak, BAB 4 BAB 5	Font abstrak, dan spasi 1 sesuai juknis pengeditan kalimat di pembahasan, kesimpulan digabung		
3	Selasa,21 mei 2024	Bab 4 BAB 5	Penambahan tidak perlu dicantumkan nama Ruangan dan instansi rumah sakit Beri kesimpulan penulis dibagian akhir Petugas Kesehatan diganti menjadi perawat Perbaiki saran agar dapat dirasakan kesemua sasaran		

Setelah sidang seminar hasil					
4	Selasa, 04 juni 2024	Bab 2 Bab 3 Bab 4 & bab 5	Perbaiki Bahasa SOP relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender yang mudah dipahami Perbaiki subyek kriteria inklusi dan kerangka konsep Sesuaikan dengan tujuan khusus dan Kesimpulan sesuaikan dengan tujuan khusus		

Mengetahui :

Ketua Program Studi D III Keperawatan

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

Edi Ruhmadi, S.Kep, Ns, M.Kes.

NIP. 197012071993031001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS DIRI

Nama : **PUTRI SYITA ANGGRAENI**

Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 23 Desember 2002

Alamat : Jl. Kalitanjung Timur, Gg. Kimaryam, belakang SDN kalitanjung 1 & 2 Rt/rw 02/04 Kel/Kec. Harjamukti Kota Cirebon

Motto : ngeluh boleh, nangis boleh tetapi tidak berlarut-larut tetap dijalanin dengan Ikhlas.

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN 1 KEPONGPONGAN KABUPATEN CIREBON
2. SMPN 11 CIREBON KOTA CIREBON
3. SMK KESEHATAN CENDEKIA CIREBON
4. POLTEKKES KEMENKES TASIKMALAYA WILAYAH CIREBON

C. RIWAYAT ORGANISASI

1. Anggota PMR SMPN 11 KOTA CIREBON
2. Anggota PMR SMK CENDEKIA CIREBON
3. Anggota Himpunan Keperawatan Cirebon 1 periode tahun 2022-2023