

LAMPIRAN

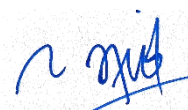
Lampiran 1 Lembar Penjelasan

PENJELASAN SEBELUM PELAKSANAAN KTI/TA

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Program Studi Keperawatan Cirebon, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam KTI/TA yang berjudul “Implementasi Perawatan Luka dan Pemberian Telur Rebus Pada Ibu Postpartum Spontan Terhadap Penyembuhan Luka di Wilayah Puskesmas Dukupuntang”
2. Tujuan dari KTI/TA mampu mengimplementasikan Perawatan Luka Perineum dan Pemberian Telur Rebus pada pasien dengan rupture perineum yang dapat memberi manfaat berupa percepatan penyembuhan luka. KTI/TA ini akan berlangsung selama 5 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena KTI/TA ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/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 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 silakan menghubungi saya pada nomor HP : 085295384482

Cirebon, 2 Mei 2025

Pelaksana



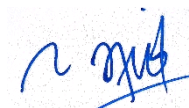
Najwa Fitria Sulaeman

PENJELASAN SEBELUM PELAKSANAAN KTI/TA

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Program Studi Keperawatan Cirebon, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam KTI/TA yang berjudul “Implementasi Perawatan Luka dan Pemberian Telur Rebus Pada Ibu Postpartum Spontan Terhadap Penyembuhan Luka di Wilayah Puskesmas Dukupuntang”
2. Tujuan dari KTI/TA mampu mengimplementasikan Perawatan Luka Perineum dan Pemberian Telur Rebus pada pasien dengan rupture perineum yang dapat memberi manfaat berupa percepatan penyembuhan luka. KTI/TA ini akan berlangsung selama 5 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena KTI/TA ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/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 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 silakan menghubungi saya pada nomor HP : 085295384482

Cirebon, 7 Mei 2025

Pelaksana



Najwa Fitria Sulaeman

Lampiran 2 Informed Consent

INFORMED CONSENT
(persetujuan menjadi pasrtisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai KTI/TA yang akan dilakukan oleh: Najwa Fitria Sulaeman, dengan judul: "Implementasi Perawatan Luka Perineum Dan Pemberian Telur Rebus Pada Ibu Post Partum Terhadap Penyembuhan Luka".

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, 02 Mei2025

Pelaksana


Najwa. Fitria. S

Yang Memberikan Persetujuan


MUAMALAH DEWI

Saksi


utia

INFORMED CONSENT
(persetujuan menjadi pasrtisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai KTI/TA yang akan dilakukan oleh: Najwa Fitria Sulaeman, dengan judul: "Implementasi Perawatan Luka Perineum Dan Pemberian Telur Rebus Pada Ibu Post Partum Terhadap Penyembuhan Luka".

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, 07 Mei 2025

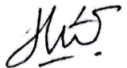
Pelaksana


Najwa Fitria. S

Yang Memberikan Persetujuan


Ruci Maya

Saksi


IIM. M

Lampiran 3 Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

Pertanyaan	Jawaban
1. Bagaimana perasaan ibu setelah dilakukan tindakan ini?	Klien 1 : Ny. M "Setelah mendapatkan perawatan luka dan diberi telur rebus setiap hari, saya merasa lebih baik. Luka saya terasa lebih cepat membaik dan nyerinya berkurang. Saya juga merasa lebih kuat karena makannya bergizi. Saya senang ada yang memperhatikan saya seperti ini." Klien 2 : Ny. P "Saya merasa sangat terbantu dengan perawatan yang diberikan. Luka saya jadi lebih bersih dan tidak terlalu sakit. Telur rebus yang diberikan juga membuat saya merasa kenyang dan tidak cepat lelah. Saya merasa diperhatikan dan didukung dalam proses penyembuhan ini."
2. Bagaimana pemahaman ibu terhadap implementasi yang dilakukan? a. Kapan dimulainya periode masa nifas b. Bagaimana cara yang paling baik membersihkan vagina? c. Apakah pantang makan boleh dilakukan oleh ibu post partum? d. Apa manfaat dilakukan perawatan luka dan pemberian telur rebus pada ibu post partum? e. Baiknya berapa kali sehari mengganti pembalut?	Klien 1 : Ny. M - Masa nifas dimulai setelah bayi lahir sampai kira-kira 6 minggu ke depan. - Membersihkan vagina sebaiknya dari arah depan ke belakang, dengan air bersih yang mengalir, supaya tidak terjadi infeksi. - Tidak boleh. Justru ibu perlu makan makanan bergizi agar pemulihannya cepat, seperti telur, sayur, dan buah. - Perawatan luka bisa mempercepat penyembuhan dan mencegah infeksi. Telur rebus membantu mempercepat pemulihan karena tinggi protein. - Idealnya 3–4 kali sehari, atau setiap kali terasa penuh atau lembap - Iya, harus dikeringkan dengan kain bersih atau tisu, supaya tidak lembap dan mencegah infeksi. Klien 2 : Ny. P - Langsung setelah melahirkan, dan berlangsung sekitar satu bulan setengah. - Pakai air bersih dan diarahkan dari depan ke belakang agar kuman dari

f. Apakah harus mengeringkan area vagina setelah cebok?	anus tidak pindah ke vagina. c. Tidak, karena tubuh butuh asupan nutrisi untuk sembuh dan menyusui bayi. d. Luka cepat kering dan badan terasa lebih kuat. Telur rebus membantu menambah tenaga dan mempercepat pemulihan. e. Tiga kali sehari atau lebih sering kalau sudah terasa lembap atau penuh. f. Iya, supaya tidak lembap dan tidak menyebabkan infeksi.
--	--

Lampiran 4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI
IMPLEMENTASI PERAWATAN LUKA DAN PEMBERIAN
TELUR REBUS TERHADAP PERCEPATAN PENYEMBUHAN LUKA
PERINEUM PADA IBU POST PARTUM

Tempat: Dukupuntang

A. Karakteristik Responden

1. Nama : Ny. M
2. Umur : 21 tahun
3. Derajat Luka : II

B. Observasi Pemberian Telur Rebus

NO	Pemberian Telur Rebus	Hari Ke-				
		1	2	3	4	5
1.	Pagi (1 butir)	✓	✓	✓	✓	✓
2.	Sore (1 butir)	✓	✓	✓	✓	✓

Keterangan :

1. Dikonsumsi ✓:
2. Tidak di konsumsi ×:

C. Observasi Kesembuhan Luka Perineum

No	Keadaan Luka	Hari Ke-				
		1	2	3	4	5
1.	Luka Menutup (Menyatu)	0	0	1	1	1
2.	Luka Kering	0	0	1	1	1
3.	Tidak Teraba Hangat	1	1	1	1	1
4.	Tidak ada rasa nyeri	0	0	0	1	1

Keterangan :

1. Jawaban Ya: 1
2. Jawaban tidak: 0

Sumber: (Arista, 2017)

D. Observasi Tanda Infeksi REEDA

No	Tanda Infeksi	Hari Ke-				
		1	2	3	4	5
1.	Redness	3	3	2	2	0
2.	Edema	0	0	0	0	0
3.	Ecchymosis	0	0	0	0	0
4.	Discharge	0	0	0	0	0
5.	Aproxy	3	2	2	0	0
Jumlah		6	5	4	2	0

Keterangan :

Item penyembuhan diisi score 0-3 sesuai keadaan luka

a) 0 = Penyembuhan luka baik

b) 1-5 = Penyembuhan luka kurang baik

c) ≥ 5 = Penyembuhan luka buruk Penuntun Penilaian REEDA

**LEMBAR OBSERVASI
IMPLEMENTASI PERAWATAN LUKA DAN PEMBERIAN
TELUR REBUS TERHADAP PERCEPATAN PENYEMBUHAN LUKA
PERINEUM PADA IBU POST PARTUM**

Tempat: Dukupuntang

A. Karakteristik Responden

1. Nama : Ny. P
2. Umur : 23 tahun
3. Derajat Luka : II

B. Observasi Pemberian Telur Rebus

NO	Pemberian Telur Rebus	Hari Ke-				
		1	2	3	4	5
1.	Pagi (1 butir)	✓	✓	✓	✓	✓
2.	Sore (1 butir)	✓	✓	✓	✓	✓

Keterangan :

3. Dikonsumsi ✓:
4. Tidak di konsumsi ×:

C. Observasi Kesembuhan Luka Perineum

No	Keadaan Luka	Hari Ke-				
		1	2	3	4	5
1.	Luka Menutup (Menyatu)	0	0	1	1	1
2.	Luka Kering	0	0	1	1	1
3.	Tidak Teraba Hangat	1	1	1	1	1
4.	Tidak ada rasa nyeri	0	0	0	1	1

Keterangan :

3. Jawaban Ya: 1
4. Jawaban tidak: 0

Sumber: (Arista, 2017)

D. Observasi Tanda Infeksi REEDA

No	Tanda Infeksi	Hari Ke-				
		1	2	3	4	5
1.	Redness	3	3	2	2	1
2.	Edema	0	0	0	0	0
3.	Ecchymosis	0	0	0	0	0
4.	Discharge	0	0	0	0	0
5.	Aproxy	3	2	2	1	1
Jumlah		6	5	4	3	2

Keterangan :

Item penyembuhan diisi score 0-3 sesuai keadaan luka

d) 0 = Penyembuhan luka baik

e) 1-5 = Penyembuhan luka kurang baik

f) ≥ 5 = Penyembuhan luka buruk Penuntun Penilaian REEDA

Lampiran 5 Lembar Pengkajian Asuhan Keperawatan

**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN
IMPLEMENTASI PERAWATAN LUKA DAN PEMBERIAN TELUR
REBUS TERHADAP PERCEPATAN PENYEMBUHAN LUKA PERINEUM
PADA IBU POST PARTUM**

A. PENGKAJIAN

No	Data Anamnesis	Pasien 1	Pasien 2
1.	IDENTITAS PASIEN		
	Nama	Ny. M	Ny. P
	Umur	21 tahun	23 tahun
	Agama	Perempuan	Perempuan
	Jenis Kelamin	Dukupuntang	Cikalahang
	Alamat	Menikah	Menikah
	Suku	Islam	Islam
	Status perkawinan	Jawa	Sunda
	Pekerjaan	SMP	SMA
	Pendidikan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
	No. register	01107096	1107564
	Diagnosa medis	G2P1A0 ibu postpartum derajat rupture perineum II	G1P0A0 ibu postpartum derajat rupture perineum II
	Tanggal masuk	30 April 2025	5 Mei 2025
	Tanggal persalinan	30 April 2025	5 Mei 2025
	Tanggal pengkajian	30 April 2025	5 Mei 2025
2.	IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB		
	Nama	Tn. A	Tn. B
	Umur	35 tahun	26 tahun
	Agama	Islam	Islam
	Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
	Alamat	Dukupuntang	Cikalahang
	Pekerjaan	Wiraswasta	Wiraswasta
	Pendidikan	SD	SD
	Hubungan dengan pasien	Suami	Suami
3.	KELUHAN UTAMA	Nyeri pada area luka perineum	Nyeri pada area luka perineum
4.	RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG	Saat di PONED hasil pemeriksaan darah 125/70 mmHg, pukul 08.30 Ny. M melahirkan anak ke-3 dengan jenis kelamin	Saat di PONED hasil pemeriksaan darah 110/80 mmHg, pukul 12.05 Ny. P melahirkan anak ke-1 dengan jenis kelamin

		perempuan dan terdapat robekan perineum dan dilakukan hecting perineum. Pada saat pengkajian pada pukul 10.00 WIB bahwa Ny. M mengalami ruptur perineum derajat II dan mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri terasa kurang lebih selama 1 menit dan hilang timbul, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika beristirahat, nyeri yang dirasakan seperti disayat-sayat dan letak nya hanya di area perineum tidak menyebar dengan skala nyeri 5, skala REEDA 6	perempuan dan terdapat robekan perineum dan dilakukan hecting perineum. Pada saat pengkajian pada pukul 13.00 WIB bahwa Ny. P mengalami ruptur perineum derajat II dan mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri terasa kurang lebih selama 1 menit dan hilang timbul, nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang ketika duduk atau beristirahat, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dan letak nya hanya di area perineum tidak menyebar dengan skala nyeri 6, skala REEDA 6.
5.	RIWAYAT KESEHATAN DAHULU	Ny. M mengatakan tidak pernah dirawat dan saat melahirkan anak pertama secara spontan di RSUD Arjawinangun.	Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai Riwayat penyakit yang membahayakan.
6.	RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA	Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit baik menular ataupun menurun setelah melewati pemeriksaan	Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit baik menular ataupun menurun setelah melewati pemeriksaan
7.	RIWAYAT KESEHATAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI		
	RIWAYAT GINEKOLOGI		
	Riwayat menstruasi	Menarche pada usia 14 tahun, lamanya menstruasi 5 hari, siklus menstruasi 30 hari, banyaknya sehari 3x ganti pembalut, warna darah merah kental, bau (amis) tidak menyengat, konsistensi cair, terdapat nyeri menstruasi pada hari ke-1, HPHT pada tanggal 21	Menarche pada usia 14 tahun, lamanya menstruasi 7 hari, siklus menstruasi 30 hari, banyaknya sehari 3x ganti pembalut, warna darah merah hati, bau (amis) tidak menyengat, konsistensi cair, terdapat nyeri menstruasi pada hari ke-1 dan ke-2, HPHT pada

		Juli 2024, taksiran persalinan tanggal 28 April 2025.	tanggal 25 Agustus 2024, taksiran persalinan tanggal 1 Mei 2025.
	Riwayat perkawinan	Usia saat menikah 20 tahun, lamanya pernikahan 9 bulan, pernikahan yang ke- 2.	Usia saat menikah 21 tahun, lamanya pernikahan 1,5 tahun, pernikahan yang ke- 1.
	Riwayat kontrasepsi	Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil yaitu KB suntik 3 bulan, waktu dan lama penggunaan yaitu 2 tahun, keluhan pada saat menggunakan KB berat badan menurun, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan sekarang menggunakan implant, jumlah anak yang direncanakan 2.	Sebelum hamil tidak memakai jenis kontrasepsi apapun, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan sekarang menggunakan implant, jumlah anak yang direncanakan 2.
RIWAYAT OBSTETRI			
	Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu	G2P1A0. Tanggal partus yang pertama adalah 7 November 2018, umur kehamilan 41 minggu, jenis partus spontan, tempat penolong RSUD Arjawinangun, jenis kelamin perempuan, berat badan 2,9 kg, keadaan sehat. Tanggal partus yang kedua adalah 30 April 2025, umur kehamilan 40 minggu, jenis partus spontan tempat penolong Puskesmas Dukupuntang, jenis kelamin perempuan, berat badan 3,2 kg, keadaan sehat.	G1P0A0. Tanggal partus yang pertama adalah 5 Mei 2025, umur kehamilan 41 minggu, jenis partus spontan, tempat penolong RSUD Arjawinangun, jenis kelamin perempuan, berat badan 2,9 kg, keadaan sehat.
	Masalah kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu	Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu	Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu

	Riwayat kesehatan kehamilan sekarang	Pasien merasa hamil saat usia kehamilan 2 bulan, keluhan saat hamil nyeri punggung, gerakan anak pertama dirasakan pada usia 5 bulan di perut bagian kiri, imunisasi rutin di bidan desa, penambahan berat badan selama hamil sekitar 8 kg, pemeriksaan kehamilan teratur dan tempat pemeriksaan di Puskesmas Dukupuntang.	Pasien merasa hamil saat usia kehamilan 1 bulan, keluhan saat hamil mual, gerakan anak pertama dirasakan pada usia 3 bulan di perut bagian kiri, imunisasi rutin di bidan desa, penambahan berat badan selama hamil sekitar 14 kg, pemeriksaan kehamilan teratur dan tempat pemeriksaan di Puskesmas Dukupuntang.
	Riwayat persalinan sekarang	P2A0, tanggal persalinan 30 April 2025 pukul 08.30, jenis persalinan spontan, jumlah perdarahan $\pm$ 150 cc, jenis kelamin bayi perempuan, berat badan 3,2 kg, Panjang badan 49 cm, APGAR skor bayi 8.	P1A0, tanggal persalinan 5 Mei 2025, pukul 12.05, jenis persalinan spontan jumlah perdarahan $\pm$ 200 cc, jenis kelamin bayi perempuan, berat badan 3,5 kg, Panjang badan 51 cm, APGAR skor bayi 8.
8.	DATA BIOLOGIS (ACTIVITY DAILY LIVING)		
	NUTRISI	Sebelum melahirkan Makan Jenis menu sayur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 4-5x sehari, 1 porsi, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. Minum Jenis minuman air putih, air kelapa, dan susu, frekuensi 8-10x/hari, jumlah 7-8 gelas, tidak ada pantangan dan keluhan Setelah melahirkan Makan Jenis menu sayur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 4-5x sehari, 1 porsi,	Sebelum melahirkan Makan Jenis menu sayur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 2-3x sehari, 1 porsi, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. Minum Jenis minuman air putih dan susu, frekuensi 5- 8-10x/hari, jumlah 7-8 gelas, tidak ada pantangan dan tidak keluhan. Setelah melahirkan Makan Jenis menu sayur, telur, ayam, nasi dan tahu, frekuensi 2-3x sehari,

		pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. Minum Jenis minuman air putih, air kelapa, dan susu, frekuensi 8-10x/hari, jumlah 7-8 gelas, tidak ada pantangan dan keluhan.	porsi 1 porsi, pantangan tidak ada, keluhan tidak ada. Minum Jenis minuman susu dan air putih, frekuensi 8-10x/hari, jumlah 7-8 gelas, tidak ada pantangan dan keluhan.
	ISTIRAHAT DAN TIDUR	Sebelum melahirkan Malam Tidur 8 jam, dari jam 20.00 sampai jam 04.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada. Siang Tidur 2 jam, dari jam 13.00 sampai jam 15.00 WIB, tidak ada kesukaran tidur Sesudah melahirkan Malam Tidur 8 jam, dari jam 21.00 sampai jam 05.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada. Siang Tidur 4 jam, dari jam 08.00 sampai jam 12.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada	Sebelum melahirkan Malam Tidur 8 jam, dari jam 20.00 sampai jam 04.00 WIB, kesukaran tidur tidak ada. Siang Tidur 2 jam, dari jam 13.00 sampai jam 15.00 WIB, tidak ada kesukaran tidur Sesudah melahirkan Malam Tidak menentu, dari jam 22.00 sampai jam 05.00 WIB, sulit tidur karena nyeri Siang Tidak menentu, dari jam 13.00 sampai jam 14.00 WIB, Sulit tidur karena nyeri
	ELIMINASI	Sebelum melahirkan BAK Frekuensi 4- 5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat, kesulitan BAK tidak ada BAB Frekuensi 1x sehari, jumlah sedikit, warna cokelat, bau tidak menyengat, kesulitan BAB tidak ada	Sebelum melahirkan BAK Frekuensi 4-5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat, kesulitan BAK tidak ada BAB Frekuensi 1x sehari, jumlah sedikit, warna cokelat, bau tidak menyengat, kesulitan BAB tidak ada

		Sesudah melahirkan BAK Frekuensi 4-5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat, kesulitan BAK tidak ada BAB Frekuensi 1x sehari, jumlah sedikit, warna cokelat, bau tidak menyengat, kesulitan BAB tidak ada	Sesudah melahirkan BAK Frekuensi 4-5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat, kesulitan BAK tidak ada BAB Frekuensi 1x sehari, jumlah sedikit, warna cokelat, bau tidak menyengat, kesulitan BAB tidak ada
	PERSONAL HYGIENE	Sebelum melahirkan Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari Sesudah melahirkan Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari	Sebelum melahirkan Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari Sesudah melahirkan Mandi Frekuensi 2x sehari, menggunakan sabun, frekuensi menggosok gigi 2x sehari, gangguan tidak ada. Berpakaian Frekuensi ganti pakaian 2x sehari
	MOBILITAS DAN AKTIVITAS	Sebelum melahirkan Aktivitas yang dilakukan Bersih-bersih rumah, tidak ada kesulitan Sesudah melahirkan Kesulitan beraktivitas karena nyeri luka perineum	Sebelum melahirkan Aktivitas yang dilakukan Bersih-bersih rumah, tidak ada kesulitan Sesudah melahirkan Kesulitan beraktivitas karena nyeri luka perineum

9.	PEMERIKSAAN FISIK		
	Keadaan umum	Keadaan umum baik, tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 15 (E4M5V6), tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 110x/menit, respirasi 20x/menit, saturasi oksigen 99%, tinggi badan 152 cm, berat badan 60kg, suhu 36,7°C.	Keadaan umum baik, tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 15 (E4M5V6), tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 21x/menit, saturasi oksigen 99%, tinggi badan 156 cm, berat badan 60 kg, suhu 36,2°C.
	Sistem pernapasan	Keadaan lubang hidung tampak bersih, tidak ada rekraksi dinding dada, pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, irama pernapasan regular, respirasi 20x/menit, tidak terdapat nyeri tekan pada hidung dan dada, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.	Keadaan lubang hidung tampak bersih, tidak ada rekraksi dinding dada, pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, irama pernapasan regular, respirasi 21x/menit, tidak terdapat nyeri tekan pada hidung dan dada, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.
	Sistem kardiovaskuler	Konjungtiva ananemis, tidak ada sianosis, CRT <2detik, tidak terdapat edema, bunyi jantung resonan, tidak ada bunyi jantung tambahan.	Konjungtiva ananemis, tidak ada sianosis, CRT <2detik, tidak terdapat edema, bunyi jantung resonan, tidak ada bunyi jantung tambahan.
	Sistem Pencernaan	Membrane mukosa bibir lembab, tidak ada iritasi pada rongga mulut, tidak ada gigi berlubang, gigi lengkap, mulut bersih, lidah bersih, tidak ada pembesaran hepar, bising usus 7 kali/ menit.	Membrane mukosa bibir kering, tidak ada iritasi pada rongga mulut, tidak ada gigi berlubang, gigi lengkap, mulut bersih, lidah bersih, tidak ada pembesaran hepar, bising usus 6 kali/ menit.
	Sistem Persyarafan	Satus mental baik, reflek patella positif	Satus mental baik, reflek patella positif

	Sistem Panca Indra	Tidak ada masalah pada telinga, mata, mulut, hidung	Tidak ada masalah pada telinga, mata, mulut, hidung
	Sistem perkemihan	Frekuensi 4-5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat, kesulitan BAK tidak ada	Frekuensi 4-5x/hari, jumlah tidak terkaji, warna kuning, bau tidak menyengat, kesulitan BAK tidak ada
	Sistem integumen	Hiperpigmentasi pada linea nigra, terdapat striae gravidarum, turgor kulit baik dan elastis, keadaan luka postpartum spontan jahitan rapih, terdapat kemerahan terasa nyeri, derajat II pada ruptur parineum	Hiperpigmentasi pada linea nigra, terdapat striae gravidarum, turgor kulit baik dan elastis, keadaan luka postpartum spontan jahitan rapih, terdapat kemerahan terasa nyeri, derajat II pada ruptur parineum
	Sistem endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
	Sistem muskuloskeletal	Tonus otot baik, kekuatan otot baik, tidak ada deformitas pada system muskuloskeletal, tidak ada nyeri tekan, bentuk simetris, aktivitas masih sedikit terganggu 55 55	Tonus otot baik, kekuatan otot baik, tidak ada deformitas pada system muskuloskeletal, tidak ada nyeri tekan, bentuk simetris, aktivitas masih sedikit terganggu 55 55
	Sistem reproduksi	Bentuk payudara simetris, keadaan bersih, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, puting menonjol, terdapat pengeluaran asi, uterus lokasi fundus uteri 3 jari di bawah pusar, genetalia terdapat luka perineum derajat II, terdapat kemerahan pada luka, lochea berwarna merah terang dengan bau khas	Bentuk payudara simetris, keadaan bersih, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, puting menonjol, tidak terdapat pengeluaran asi, uterus lokasi fundus uteri 3 jari di bawah pusar, genetalia terdapat luka perineum derajat II, terdapat kemerahan pada luka, lochea berwarna merah terang dengan bau khas
10.	DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL		
	PSIKOSOSIAL		
	Pola pikir dan persepsi	Pasien mengatakan mengetahui cara	Pasien mengatakan mengetahui cara

		pemberian ASI dan merawat bayi, rencana pemberian ASI eksklusif, jenis kelamin yang diharapkan perempuan, yang akan membantu merawat bayi dirumah adalah ibu, adik dan suami, kehamilan ini diharapkan	pemberian ASI dan merawat bayi, rencana pemberian ASI eksklusif, jenis kelamin yang diharapkan perempuan, yang akan membantu merawat bayi dirumah adalah mertua, adik dan suami, kehamilan ini diharapkan
	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	Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah cara merawat bayi, harapan setelah menjalani perawatan adalah bayi sehat dan ibu sehat, perubahan yang dirasakan
	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 peran yang dimiliki sebagai orang tua	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 peran yang dimiliki sebagai orang tua
	Hubungan komunikasi	Pasien mengatakan Bahasa sehari-hari adalah Bahasa jawa, kejelasan bicara baik dan jelas, mampu dimengerti oleh orang lain.	Pasien mengatakan Bahasa sehari-hari adalah Bahasa sunda, kejelasan bicara baik dan jelas, mampu dimengerti oleh orang lain.
	Kebiasaan seksual	Pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual, dan belum	Pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual, dan belum

		menopause	menopause																				
	SPIRITUAL	Pasien beragama islam, dan rutin menjalankan ibadah sholat dan selalu berdo'a untuk segala kelancarannya.	Pasien beragama islam, dan rutin menjalankan ibadah sholat dan selalu berdo'a untuk segala kelancarannya.																				
11.	Data Penunjang	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Pemeriksaan</th><th>Hasil Pasien 1</th><th>Hasil Pasien 2</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Hematologi • Gula Darah Sewaktu : • Hemoglobin :</td><td>110 12,3</td><td>98 10</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Pemeriksaan Darah • Golongan Darah dengan Rhesus :</td><td>O Rh+</td><td>A Rh+</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Pemeriksaan Urinaria • pH : • Glukosa Urin : • Protein Urin :</td><td>6,0 Negatif Negatif</td><td>6,6 Negatif Negatif</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Pemeriksaan Imunologi • Anti HIV Rapid : • HbsAg : • Sifilis :</td><td>Non Reaktif Non Reaktif Non Reaktif</td><td>Non Reaktif Non Reaktif Non Reaktif</td></tr> </tbody> </table>		No	Pemeriksaan	Hasil Pasien 1	Hasil Pasien 2	1.	Hematologi • Gula Darah Sewaktu : • Hemoglobin :	110 12,3	98 10	2.	Pemeriksaan Darah • Golongan Darah dengan Rhesus :	O Rh+	A Rh+	3.	Pemeriksaan Urinaria • pH : • Glukosa Urin : • Protein Urin :	6,0 Negatif Negatif	6,6 Negatif Negatif	4.	Pemeriksaan Imunologi • Anti HIV Rapid : • HbsAg : • Sifilis :	Non Reaktif Non Reaktif Non Reaktif	Non Reaktif Non Reaktif Non Reaktif
No	Pemeriksaan	Hasil Pasien 1	Hasil Pasien 2																				
1.	Hematologi • Gula Darah Sewaktu : • Hemoglobin :	110 12,3	98 10																				
2.	Pemeriksaan Darah • Golongan Darah dengan Rhesus :	O Rh+	A Rh+																				
3.	Pemeriksaan Urinaria • pH : • Glukosa Urin : • Protein Urin :	6,0 Negatif Negatif	6,6 Negatif Negatif																				
4.	Pemeriksaan Imunologi • Anti HIV Rapid : • HbsAg : • Sifilis :	Non Reaktif Non Reaktif Non Reaktif	Non Reaktif Non Reaktif Non Reaktif																				

B. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
PASIEN 1			
1.	DS : • Mengeluh nyeri pada luka perineum • Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit • Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat • Nyeri seperti di sayat-sayat • Lokasi nyeri hanya di perineum • Skala nyeri 5 DO : • Terdapat luka ruptur	Post Partum Spontan ↓ Perineum Tertekan ↓ Robekan Perineum ↓ Perineum Dijahit ↓ Gangguan Integritas Kulit	Gangguan Integritas Kulit

	perineum derajat II • Terdapat kemerahan • Skala REEDA 6		
2.	DS : • Mengeluh nyeri pada luka perineum • Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit • Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat • Nyeri seperti di sayat-sayat • Lokasi nyeri hanya di perineum • Skala nyeri 5 DO : • Tampak kesulitan bergerak • Tampak meringis • Tampak gelisah	Post Partum Spontan ↓ Perineum Tertekan ↓ Robekan Perineum ↓ Perineum Dijahit ↓ Agen Pencedera Fisik ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
3.	DS : • Ny. M mengatakan nyeri pada area luka perineum DO : Terdapat luka ruptur perineum derajat II dengan hecing	Post Partum Spontan ↓ Perineum Tertekan ↓ Robekan Perineum ↓ Perineum Dijahit ↓ Luka Terbuka ↓ Mudah Terpapar Kuman ↓ Resiko Infeksi	Resiko Infeksi

Pasien 2			
1.	DS : • Mengeluh nyeri pada luka perineum • Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit • Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat • Nyeri seperti di sayat-sayat • Lokasi nyeri hanya di perineum • Skala nyeri 5 DO : • Terdapat luka ruptur perineum derajat II • Terdapat kemerahan • Skala REEDA 6	Post Partum Spontan ↓ Perineum Tertekan ↓ Robekan Perineum ↓ Perineum Dijahit ↓ Gangguan Integritas Kulit	Gangguan Integritas Kulit
2.	DS : • Mengeluh nyeri pada luka perineum • Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit • Nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang saat duduk atau beristirahat • Nyeri seperti di tusuk • Lokasi nyeri hanya di perineum • Skala nyeri 6 • Nyeri hilang timbul DO : • Tampak kesulitan bergerak • Tampak meringis • Tampak gelisah	Post Partum Spontan ↓ Perineum Tertekan ↓ Robekan Perineum ↓ Perineum Dijahit ↓ Agen Pencedera Fisik ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
3.	DS : • Ny. p mengatakan nyeri pada area luka	Post Partum Spontan ↓	Resiko Infeksi

	perineum DO : Terdapat luka ruptur perineum derajat II dengan hecting	Perineum Tertekan ↓ Robekan Perineum ↓ Perineum Dijahit ↓ Luka Terbuka ↓ Mudah Terpapar Kuman ↓ Resiko Infeksi	
--	---	---	--

C. Diagnosa Keperawatan

No.	Pasien 1	Pasien 2
1.	Gangguan Integritas Kulit b.d faktor mekanis (rupture perineum) d.d mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri dirasakan selama kurang lebih 1 menit, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat, nyeri seperti di sayat-sayat, lokasi nyeri hanya di perineum, skala nyeri 5, rupture perineum derajat II, terdapat kemerahan di area luka, skala REEDA 6.	Gangguan Integritas Kulit b.d faktor mekanis (rupture perineum) d.d mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri dirasakan selama kurang lebih 1 menit, nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang saat duduk atau beristirahat, nyeri seperti di tusuk, lokasi nyeri hanya di perineum, skala nyeri 6, terdapat rupture perineum derajat II, terdapat kemerahan di area luka, skala REEDA 6.
2.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (rupture perineum) d.d mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri dirasakan selama kurang lebih 1 menit, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat, nyeri seperti di sayat-sayat, lokasi nyeri hanya di perineum, skala nyeri 5, tampak kesulitan bergerak, tampak meringis, tampak gelisah.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (rupture perineum) d.d mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri dirasakan selama kurang lebih 1 menit, nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang saat duduk atau beristirahat, nyeri seperti di tusuk, lokasi nyeri hanya di perineum, skala nyeri 6, tampak kesulitan bergerak, tampak meringis, tampak gelisah

3.	Resiko Infeksi d.d kerusakan integritas kulit perineum, mengeluh nyeri pada area luka perineum, skala nyeri 5.	Resiko Infeksi d.d kerusakan integritas kulit perineum, mengeluh nyeri pada area luka perineum, skala nyeri 6.
----	--	--

D. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
PASIEN 1				
1.	Gangguan Integritas Kulit b.d faktor mekanis (rupture perineum) d.d Mengeluh nyeri pada luka perineum, Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit, Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat, Nyeri seperti di sayat-sayat, Lokasi nyeri hanya di perineum, Skala nyeri 5, Terdapat luka ruptur perineum derajat II, Terdapat kemerahan, Skala REEDA 6	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 × 24 jam diharapkan integritas kulit / jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka Observasi • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Perawatan Luka Observasi • Mengetahui kondisi luka • Mengetahui luka terinfeksi atau tidak Terapeutik • Merangsang penyembuhan luka lebih cepat • Mencegah kontaminasi bakteri • Mempercepat kesembuhan luka Edukasi • Menambah informasi terkait luka • Mempercepat penyembuhan luka

2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (rupture perineum) d.d. Mengeluh nyeri pada luka perineum, Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit, Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat atau beristirahat, Nyeri seperti di sayat, Lokasi nyeri hanya di perineum, Skala nyeri 5, Tampak kesulitan bergerak, Tampak meringis, Tampak gelisah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 × 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Gelisah menurun 4. Meringis menurun	Manajemen Nyeri Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non-verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik • Berikan teknik non-farmakologis Edukasi • Ajarkan Teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri	Manajemen Nyeri Observasi • Mengetahui nyeri yang dirasakan • Mengetahui tingkat nyeri • Mengetahui respon nyeri non-verbal • Mengetahui faktor pemicu dan pereda nyeri Terapeutik • Mengurangi nyeri pasien Edukasi • Memahami teknik non-farmakologis
3.	Resiko Infeksi d.d mengatakan nyeri pada area luka perineum, terdapat luka ruptur perineum derajat II dengan hecting	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 × 24 jam diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun	Pencegahan Infeksi Observasi • Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik • Cuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Pencegahan Infeksi Observasi • Mengetahui tanda dan gejala infeksi Terapeutik • Mengurangi resiko infeksi dengan kebersihan • Mencegah resiko infeksi Edukasi • Menambahkan pengetahuan pasien • Membantu percepatan penyembuhan luka

Pasien 2				
1.	Gangguan Integritas Kulit b.d faktor mekanis (rupture perineum) d.d Mengeluh nyeri pada luka perineum, Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit, Nyeri bertambah ketika berjalan dan berkurang saat duduk atau beristirahat, Nyeri seperti di tusuk, Lokasi nyeri hanya di perineum, Skala nyeri 6, Terdapat luka ruptur perineum derajat II, Terdapat kemerahan, Skala REEDA 6	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 × 24 jam diharapkan integritas kulit / jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka Observasi • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Perawatan Luka Observasi • Mengetahui kondisi luka • Mengetahui luka terinfeksi atau tidak Terapeutik • Merangsang penyembuhan luka lebih cepat • Mencegah kontaminasi bakteri • Mempercepat kesembuhan luka Edukasi • Menambah informasi terkait luka • Mempercepat penyembuhan luka
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (rupture perineum) d.d Mengeluh nyeri pada luka perineum, Nyeri terasa selama kurang lebih 1 menit, Nyeri bertambah ketika berjalan dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 × 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan	Manajemen Nyeri Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri • Identifikasi skala nyeri	Manajemen Nyeri Observasi • Mengetahui nyeri yang dirasakan • Mengetahui tingkat nyeri

	berkurang saat duduk atau beristirahat, Nyeri seperti di tusuk, Lokasi nyeri hanya di perineum, Skala nyeri 5, Tampak kesulitan bergerak, Tampak meringis, Tampak gelisah	menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Gelisah menurun 4. Meringis menurun	• Identifikasi respon nyeri non-verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik • Berikan teknik non-farmakologis Edukasi • Ajarkan Teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri	• Mengetahui respon nyeri non-verbal • Mengetahui faktor pemicu dan pereda nyeri Terapeutik • Mengurangi nyeri pasien Edukasi • Memahami teknik non-farmakologis
3.	Resiko Infeksi d.d mengatakan nyeri pada area luka perineum, terdapat luka ruptur perineum derajat II dengan hecting	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 × 24 jam diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : Nyeri menurun	Pencegahan Infeksi Observasi • Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik • Cuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Pencegahan Infeksi Observasi • Mengetahui tanda dan gejala infeksi Terapeutik • Mengurangi resiko infeksi dengan kebersihan • Mencegah resiko infeksi Edukasi • Menambahkan pengetahuan pasien Membantu percepatan penyembuhan luka

E. Implementasi Keperawatan

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
PASIEN 1			
1	Dx 1 Tanggal 02-05-2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R : Terdapat luka ruptur perineum derajat II dan di hecing, luka tampak kemerahan 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. M mengatakan nyeri pada area luka dan luka tampak kemerahan, skala REEDA 6 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein a. R: Ny. M bersedia untuk diberikan dan mengkonsumsi telur rebus setiap pagi dan sore	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : skala nyeri berada di skala 5, terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 6 Hasil TTV : - TD :120/80 mmHg - N : 86x/menit - S : 36,5°C - RR : 20x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

	Dx 2 Tanggal 02-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: Mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri dirasakan selama kurang lebih 1 menit, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat, nyeri seperti di sayat-sayat, lokasi nyeri hanya di perineum, skala nyeri 5, dan nyeri hilang timbul. 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 5 3) T: Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal R: Ny. M tampak meringis dan gelisah 4) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat 5) T: Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R: Ny. M bersedia dan mau melakukannya 6) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. M mau belajar teknik napas dalam	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : skala nyeri berada di skala 5 A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
--	-----------------------------------	---	--

	Dx 3 Tanggal 02-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Merasa nyeri, tidak ada demam, tidak ada bengkak, ada kemerahan 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: Ny. M memahaminya 5) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6) R: Ny. M bersedia diberikan telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 6 A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
2.	Dx 1 Tanggal 03-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Terdapat luka ruptur perineum derajat II dan di hecing, luka tampak kemerahan 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. M mengatakan nyeri pada area luka berkurang dan luka tampak kemerahan, skala REEDA 5 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : skala nyeri berada di skala 4, terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 5 A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

		perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 7) R: Ny. M sudah mulai mengkonsumsi telur	
	Dx 2 Tanggal 03-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri sedikit berkurang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 4 3) T: Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal R: Ny. M tampak meringis 4) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat 5) T: Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R: Ny. M mampu melakukannya 6) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. M sudah mulai menerapkan teknik yang diajarkan	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 4 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

	Dx 3 Tanggal 03-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Nyeri berkurang, tidak ada demam, tidak ada bengkak, ada kemerahan sedikit 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: Ny. M memahaminya 5) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. M sudah mulai mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 5 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
3.	Dx 1 Tanggal 04-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Terdapat luka ruptur perineum derajat II dan di hecing, luka tampak kemerahan 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. M mengatakan nyeri pada area luka berkurang dan luka tampak kemerahan, skala REEDA 4 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 3, kemerahan pada luka menurun, skala REEDA 4 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

		4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. M sudah mulai mengkonsumsi telur	
	Dx 2 Tanggal 04-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri sudah sangat berkurang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 3 3) T: Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal R: Ny. M tampak lebih tenang 4) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. M mengatakan sudah dapat beraktivitas sedikit-sedikit 5) T: Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R: Ny. M sudah mampu melakukannya 6) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. M sudah terbiasa menerapkannya	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 3 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

	Dx 3 Tanggal 04-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Nyeri berkurang, tidak ada demam, tidak ada bengkak, ada kemerahan sedikit 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: Ny. M memahaminya 5) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 7) R: Ny. M sudah mulai mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 4 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
4.	Dx 1 Tanggal 05-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Kemerahan sudah hilang 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. M mengatakan nyeri mulai hilang dan tidak ada kemerahan, skala REEDA 2 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 2, kemerahan pada luka menurun, skala REEDA 2 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

		dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. M sudah mulai mengkonsumsi telur rutin setiap pagi dan sore	
	Dx 2 Tanggal 05-05-2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri sudah mulai hilang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 2 3) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. M mengatakan sudah dapat beraktivitas 4) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. M sudah terbiasa menerapkannya	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 2 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	Dx 3 Tanggal 05-05-2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Tidak ada kemerahan, nyeri mulai hilang 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. M sudah rutin mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 2 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

5.	Dx 1 Tanggal 06-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Kemerahan sudah hilang 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. M mengatakan nyeri reda, skala REEDA 0 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 5) R: Ny. M sudah mulai mengkonsumsi telur rutin setiap pagi dan sore	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 1, kemerahan pada luka hilang, skala REEDA 0 A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
	Dx 2 Tanggal 06-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri sudah hilang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 1 3) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. M akan menerapkan jika mulai terasa	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 1 A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

		sakit	
	Dx 3 Tanggal 06-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Tidak ada kemerahan, nyeri mulai hilang 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. M sudah rutin mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 0 A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
Pasien 2			
1.	Dx 1 Tanggal 07-05-2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R : Terdapat luka ruptur perineum derajat II dan di hecing, luka tampak kemerahan 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. P mengatakan nyeri pada area luka dan luka tampak kemerahan, skala REEDA 6 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : skala nyeri berada di skala 6, terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 6 Hasil TTV : TD :110/70 mmHg N : 99x/menit S : 36,1°C RR : 21x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

		dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. P bersedia untuk diberikan dan mengkonsumsi telur rebus setiap pagi dan sore	
	Dx 2 Tanggal 07-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: Mengeluh nyeri pada area luka perineum, nyeri dirasakan selama kurang lebih 1 menit, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat, nyeri seperti di tusuk, lokasi nyeri hanya di perineum, skala nyeri 6, dan nyeri hilang timbul. 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 6 3) T: Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal R: Ny. P tampak meringis dan gelisah 4) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang saat beristirahat atau duduk 5) T: Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R: Ny. P bersedia dan mau melakukannya 6) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. P mau belajar teknik napas dalam	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : skala nyeri berada di skala 6 A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

	Dx 3 Tanggal 07-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Merasa nyeri, tidak ada demam, tidak ada bengkak, ada kemerahan 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: Ny. P memahaminya 5) T: Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi 6) R: Ny. P bersedia diberikan telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di area luka perineum O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 6 A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
2.	Dx 1 Tanggal 08-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Terdapat luka ruptur perineum derajat II dan di hecing, luka tampak kemerahan 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. P mengatakan nyeri pada area luka berkurang dan luka tampak kemerahan, skala REEDA 5 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 5, terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 5 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

		perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. P sudah mulai mengkonsumsi telur	
Dx 2 Tanggal 08-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri sedikit berkurang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 5 3) T: Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal R: Ny. P tampak meringis 4) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang saat beristirahat atau duduk 5) T: Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R: Ny. P mampu melakukannya 6) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. P sudah mulai menerapkan teknik yang diajarkan	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 5 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
Dx 3 Tanggal 08-05-	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Nyeri berkurang, tidak ada demam, tidak ada bengkak, ada kemerahan sedikit	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 5 A : masalah teratasi sebagian	

	2025	2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: Ny. P memahaminya 5) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. P sudah mulai mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	P : intervensi dilanjutkan
3.	Dx 1 Tanggal 09-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Terdapat luka ruptur perineum derajat II dan di hecing, luka tampak kemerahan 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. P mengatakan nyeri pada area luka berkurang dan luka tampak kemerahan, skala REEDA 4 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 4, kemerahan pada luka menurun, skala REEDA 4 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

		5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. P sudah mulai mengkonsumsi telur	
	Dx 2 Tanggal 09-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri sudah sangat berkurang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 4 3) T: Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal R: Ny. P tampak lebih tenang 4) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. P mengatakan sudah dapat beraktivitas sedikit-sedikit 5) T: Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R: Ny. P sudah mampu melakukannya 6) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. P sudah terbiasa menerapkannya	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 4 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	Dx 3 Tanggal 09-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Kemerahan sudah sangat berkurang, nyeri sudah mulai hilang 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 4 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

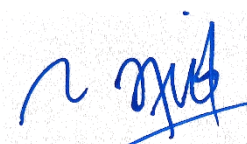
		R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. P sudah mulai mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	
4.	Dx 1 Tanggal 10-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Kemerahan sudah hilang 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. P mengatakan nyeri mulai hilang dan tidak ada kemerahan, skala REEDA 3 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. P sudah mulai mengkonsumsi telur rutin setiap pagi dan sore	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 3, kemerahan pada luka menurun, skala REEDA 3 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
	Dx 2 Tanggal 10-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri sudah mulai hilang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 3 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

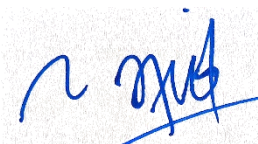
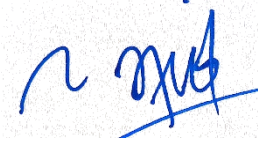
		R: Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 3 3) T: Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Ny. P mengatakan sudah dapat beraktivitas 4) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. P sudah terbiasa menerapkannya	
	Dx 3 Tanggal 10-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Tidak ada kemerahan, nyeri mulai hilang 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. P sudah rutin mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka mulai hilang, skala REEDA 3 A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
5.	Dx 1 Tanggal 11-05- 2025	1) T: Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) R: Kemerahan sudah hilang 2) T: Memonitor tanda-tanda infeksi R: Ny. P mengatakan nyeri reda, skala REEDA 2 3) T: Membersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan R: Mengguyur area luka dengan air DTT, kemudian mengambil kasa steril yang telah dibasahi air DTT dan mulai membersihkan luka	S : pasien mengatakan mulai menurun nyerinya O : skala nyeri berada di skala 2, kemerahan pada luka hilang, skala REEDA 2 A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

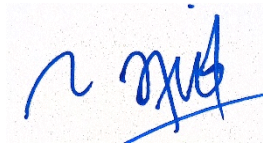
		secara keseluruhan dan perlahan 4) T: Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Menggunakan alat steril seperti handscoon dan kassa steril serta 1 kassa 1 usapan 5) T: Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein R: Ny. P sudah mulai mengkonsumsi telur rutin setiap pagi dan sore	
	Dx 2 Tanggal 11-05- 2025	1) T: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri sudah hilang 2) T: Mengidentifikasi skala nyeri R: Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 2 3) T: Mengajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri R: Ny. P akan menerapkan jika mulai terasa sakit	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : skala nyeri berada di skala 2 A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
	Dx 3 Tanggal 11-05- 2025	1) T: Memonitor tanda dan gejala infeksi R: Tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri 2) T: Mencuci tangan sebelum dan sesudah dengan pasien R: Menghindari penularan dengan pasien 3) T: Mempertahankan teknik aseptik pada pasien R: Mengurangi resiko infeksi 4) T: Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R: Ny. P sudah rutin mengkonsumsi telur rebus sebagai tambahan asupan nutrisi	S : pasien mengatakan nyeri mulai menurun O : terdapat kemerahan pada area luka, skala REEDA 2 A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

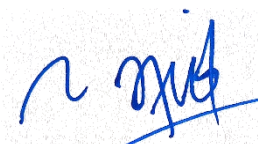
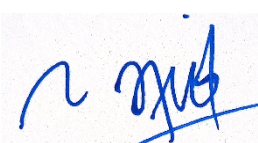
F. Catatan Perkembangan

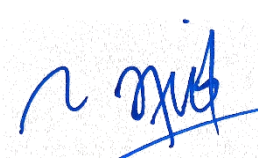
Nama	:	Ny. M
Tempat	:	Puskesmas Dukupuntang dan Kediaman Ny. M
Waktu Pelaksanaan	:	02 s.d 06 Mei 2025

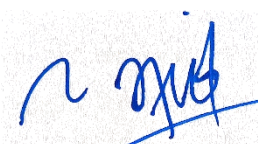
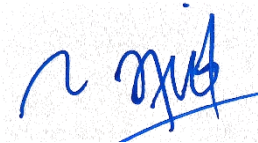
No	Hari/Tanggal	Dx Kep	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	03-05-2025 16.00	Dx 1	S : - Ny. M mengatakan nyeri pada area luka - Mengatakan mau mengkonsumsi telur rebus O : - Tampak kemerahan pada luka perineum, luka belum menutup A : Gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : - Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) - Monitor tanda-tanda infeksi - Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka serta skala REEDA 5 R : Tidak ada perubahan intervensi	

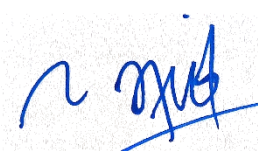
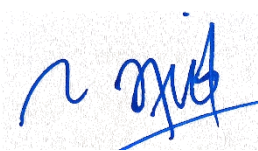
	03-05-2025 16.00	Dx 2	S : - Ny. M mengatakan nyeri sedikit berkurang - Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 4 - Ny. M mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat O : - Ny. M tampak meringis tetapi sudah tidak gelisah - Tampak bisa dan mampu melakukann teknik non-farmakologis yang diberikan A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non-verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri - Ajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri E : Nyeri berada di skala 4 dan sudah tidak gelisah R : Tidak ada perubahan intervensi	
	03-05-2025 16.00	Dx 3	S : - Ny. M mengatakan nyeri berkurang O : - Terdapat sedikit kemerahan - Tampak memahami tanda dan gejala infeksi	

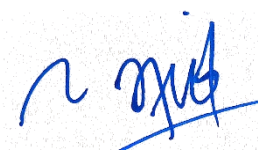
			• Mulai mengonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : • Monitor tanda dan gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi E : Terdapat kemerahan dan nyeri tetapi sudah mulai berkurang dan mulai memenuhi asupan nutrisi R : Tidak ada perubahan intervensi	
2.	04-05-2025 16.00	Dx 1	S : • Ny. M mengatakan nyeri pada area luka berkurang • Mengatakan sudah rutin mengonsumsi telur rebus O : • Tampak kemerahan pada luka perineum, luka belum menutup A : Gangguan integritas kulit belum menurun P : Lanjutkan Intervensi I : • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 4	

			R : Tidak ada perubahan intervensi	
	04-05-2025 16.00	Dx 2	S : - Ny. M mengatakan nyeri sudah sangat berkurang - Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 3 - Ny. M mengatakan sudah dapat beraktivitas sedikit-sedikit O : - Ny. M tampak tenang - Tampak mampu dan terbiasa melakukan teknik non-farmakologis A : Nyeri akut menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Ajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri E : Nyeri berada di skala 3 dan tampak tenang serta mampu sedikit beraktivitas R : Tidak ada perubahan intervensi	
	04-05-2025 16.00	Dx 3	S : - Ny. M mengatakan nyeri mulai hilang O : - Terdapat sedikit kemerahan - Mulai mengonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun	

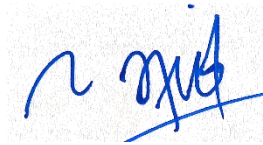
			P : Lanjutkan Intervensi I : • Monitor tanda dan gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi E : Kemerahan dan nyeri sudah mulai hilang R : Tidak ada perubahan intervensi	
3.	05-05-2025 16.00	Dx 1	S : • Ny. M mengatakan nyeri mulai hilang • Mengatakan mulai rutin makan telur rebus O : • Tidak terlihat kemerahan pada luka • Luka mulai menutup A : Gangguan integritas kulit menurun P : Lanjutkan Intervensi I : Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 2 R : Tidak ada perubahan intervensi	

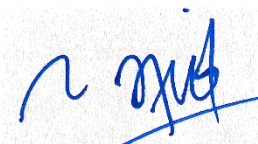
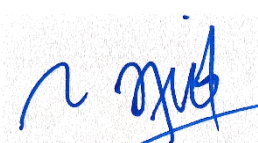
	05-05-2025 16.00	Dx 2	S : - Ny. M mengatakan nyeri sudah mulai hilang - Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 2 - Ny. M mengatakan sudah dapat beraktivitas O : - Tampak mampu dan terbiasa melakukan teknik non-farmakologis A : Nyeri akut menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Ajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri E : Nyeri sudah mulai hilang dan berada di skala 2 juga dapat beraktivitas R : Tidak ada perubahan intervensi	
	05-05-2025 16.00	Dx 3	S : - Ny. M mengatakan nyeri mulai hilang O : - Tidak ada kemerahan - Mulai mengkonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Monitor tanda dan gejala infeksi - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	

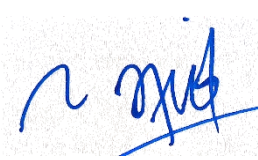
			• Pertahankan teknik aseptik pada pasien • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi E : Tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi R : Tidak ada perubahan intervensi	
4.	06-05-2025 16.00	Dx 1	S : • Ny. M mengatakan nyeri sudah reda • Mengatakan mulai rutin makan telur rebus O : • Tidak terlihat kemerahan pada luka • Luka mulai menutup A : Gangguan integritas kulit menurun P : Lanjutkan Intervensi I : Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 0 R : Tidak ada perubahan intervensi	
	06-05-2025 16.00	Dx 2	S : • Ny. M mengatakan nyeri sudah hilang • Ny. M mengatakan nyeri berada di skala 1 • Mengatakan akan melakukan teknik non-farmakologis jika nyeri terasa kembali O : • Tampak mampu dan terbiasa melakukan teknnin non-	

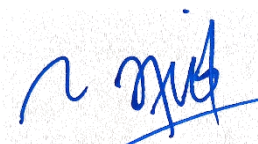
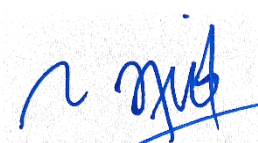
			farmakologis A : Nyeri akut menurun P : Intervensi dihentikan I : - E : Nyeri sudah hilang dan berada di skala 1 juga dapat beraktivitas R : Tidak ada perubahan intervensi	
	06-05-2025 16.00	Dx 3	S : • Ny. M mengatakan tidak ada nyeri O : • Tidak ada kemerahan • Rutin mengkonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun P : Intervensi dihentikan I : - E : Tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi R : Tidak ada perubahan intervensi	

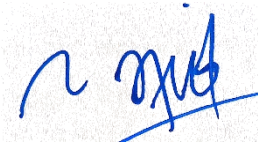
Nama	:	Ny. P
Tempat	:	Puskesmas Dukupuntang dan Kediaman Ny. P
Waktu Pelaksanaan	:	07 s.d 1 Mei 2025

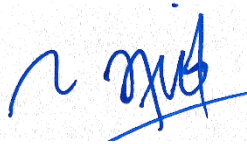
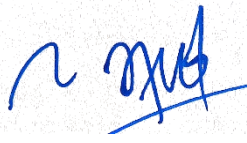
No	Hari/Tanggal	Dx Kep	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	08-05-2025 16.00	Dx 1	S : - Ny. P mengatakan nyeri pada area luka - Mengatakan mau mengkonsumsi telur rebus O : - Tampak kemerahan pada luka perineum - Luka belum menutup A : Gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : - Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) - Monitor tanda-tanda infeksi - Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 5 R : Tidak ada perubahan intervensi	

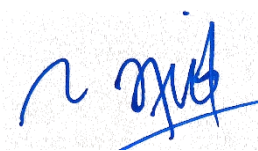
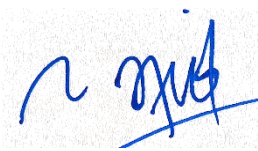
	08-05-2025 16.00	Dx 2	S : - Ny. P mengatakan nyeri sedikit berkurang - Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 5 - Ny. P mengatakan nyeri bertambah ketika berdiri dan berkurang saat beristirahat atau duduk O : - Ny. P tampak meringis tetapi sudah tidak gelisah - Tampak bisa dan mampu melakukan teknik non-farmakologis yang diberikan A : Nyeri akut menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non-verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri - Ajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri E : Nyeri berada di skala 4 dan sudah tidak gelisah R : Tidak ada perubahan intervensi	
	08-05-2025 16.00	Dx 3	S : - Ny. P mengatakan nyeri berkurang O : - Terdapat sedikit kemerahan - Tampak memahami tanda dan gejala infeksi	

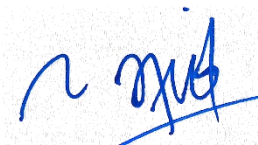
			• Mulai mengkonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun P : Lanjutkan Intervensi I : • Monitor tanda dan gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi E : Terdapat kemerahan dan nyeri tetapi sudah mulai berkurang dan mulai memenuhi asupan nutrisi R : Tidak ada perubahan intervensi	
2.	09-05-2025 16.00	Dx 1	S : • Ny. P mengatakan nyeri pada area luka berkurang • Mengatakan sudah rutin mengkonsumsi telur rebus O : • Tampak kemerahan pada luka perineum • Luka belum menutup A : Gangguan integritas kulit belum menurun P : Lanjutkan Intervensi I : • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 4	

			R : Tidak ada perubahan intervensi	
	09-05-2025 16.00	Dx 2	S : - Ny. P mengatakan nyeri sudah sangat berkurang - Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 4 - Ny. P mengatakan sudah dapat beraktivitas sedikit-sedikit O : - Ny. P tampak tenang - Tampak mampu dan terbiasa melakukan teknik non-farmakologis A : Nyeri akut menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Ajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri E : Nyeri berada di skala 3 dan tampak tenang serta mampu sedikit beraktivitas R : Tidak ada perubahan intervensi	
	09-05-2025 16.00	Dx 3	S : - Ny. P mengatakan nyeri mulai hilang O : - Terdapat sedikit kemerahan - Mulai mengonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun	

			P : Lanjutkan Intervensi I : • Monitor tanda dan gejala infeksi • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi E : Kemerahan dan nyeri sudah mulai hilang R : Tidak ada perubahan intervensi	
3.	10-05-2025 16.00	Dx 1	S : • Ny. P mengatakan nyeri mulai hilang • Mengatakan mulai rutin makan telur rebus O : • Tidak terlihat kemerahan pada luka • Luka mulai menutup A : Gangguan integritas kulit menurun P : Lanjutkan Intervensi I : Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 3 R : Tidak ada perubahan intervensi	

	10-05-2025 16.00	Dx 2	S : - Ny. P mengatakan nyeri sudah mulai hilang - Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 3 - Ny. P mengatakan sudah dapat beraktivitas O : - Tampak mampu dan terbiasa melakukan teknik non-farmakologis A : Nyeri akut menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, imtesitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Ajarkan teknik non-farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi nyeri E : Nyeri sudah mulai hilang dan berada di skala 2 juga dapat beraktivitas R : Tidak ada perubahan intervensi	
	10-05-2025 16.00	Dx 3	S : - Ny. P mengatakan nyeri mulai hilang O : - Tidak ada kemerahan - Mulai mengkonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun P : Lanjutkan Intervensi I : - Monitor tanda dan gejala infeksi - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	

			• Pertahankan teknik aseptik pada pasien • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi E : Tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi R : Tidak ada perubahan intervensi	
4.	11-05-2025 16.00	Dx 1	S : • Ny. P mengatakan nyeri sudah reda • Mengatakan mulai rutin makan telur rebus O : • Tidak terlihat kemerahan pada luka A : Gangguan integritas kulit menurun P : Lanjutkan Intervensi I : Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Bersihkan dengan cairan DTT, sesuai kebutuhan • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E : Nyeri dan terdapat kemerahan pada luka, skala REEDA 2 R : Tidak ada perubahan intervensi	
	11-05-2025 16.00	Dx 2	S : • Ny. P mengatakan nyeri sudah hilang • Ny. P mengatakan nyeri berada di skala 2 • Mengatakan akan melakukan teknik non-farmakologis jika nyeri terasa kembali O : • Tampak mampu dan terbiasa melakukan teknnin non-farmakologis	

			A : Nyeri akut menurun P : Intervensi dihentikan I : - E : Nyeri sudah hilang dan berada di skala 1 juga dapat beraktivitas R : Tidak ada perubahan intervensi	
	11-05-2025 16.00	Dx 3	S : • Ny. P mengatakan tidak ada nyeri O : • Tidak ada kemerahan • Rutin mengkonsumsi telur rebus A : Resiko infeksi menurun P : Intervensi dihentikan I : - E : Tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi R : Tidak ada perubahan intervensi	

Lampiran 6 Standar Operasional Prosedur Perawatan Perineum

Standar Operasional Prosedur (SOP) Perawatan Luka Perineum	
Pengertian	Perawatan luka perineum dilakukan dengan membersihkan vulva, vagina, dan area sekitarnya pada pasien yang sedang mengalami nifas.
Tujuan	1. Agar infeksi di daerah vulva, perineum, dan uterus tidak terjadi 2. Menyembuhkan luka atau jahitan pada perineum 3. Menjaga kebersihan perineum dan vulva 4. Membangun rasa nyaman pasien
Persiapan Alat	1. Bak instrumen mencakup : Kassa serta pinset anatomis 2. Perlak atau alas 3. Selimut mandi 4. <i>Hand schoon</i> (bersih dan steril) 5. Bengkok 6. 2 buah tas plastik 7. Kom dengan kapas DDT (air dan kapas direbus bersama) 8. Celana dalam dan pembalut wanita 9. Pispot 10. Baskom cebok berisi air DTT
Persiapan Pasien	1. Mengucapkan salam kepada pasien dan menyapa pasien 2. Menjelaskan maksud dan prosedur tindakan kepada klien 3. Menanyakan persetujuan dan kesanggupan klien sebelum kegiatan dilakukan
Persiapan Lingkungan	1. Menjaga privasi 2. Ciptakan suasana yang aman dan nyaman
Prosedur Pelaksanaan	1. Mencuci tangan 2. Memasang selimut mandi 3. Menyesuaikan posisi pasien <i>dorsal recumbent</i> 4. Memakai handscoon 5. Memasang alas dan perlak dibawah pantat atau bokong klien 6. Melepas celana dan pembalut, lalu memasang baskom bersamaan dengan mengamati lochea (warna, bau, dan konsistensi). Celana dan pembalut dimasukan ke dalam tas plastik yang berbeda 7. Mempersilahkan pasien untuk BAB/BAK jika ingin 8. Mengguyur vulva dengan air DTT 9. Mengambil pispot 10. Meletakan bengkok di dekat vulva

	11. Lepaskan <i>handscoon</i> dan ganti dengan <i>handscoon</i> steril 12. Buka vulva menggunakan ibu jari dan jari telunjuk kiri 13. Tangan kanan mengambil kapas DTT 14. Lakukan pembersihan vulva mulai dari labia mayora sebelah kiri, labia mayora sebelah kanan, vestibulum, dan bersihkan luka perineum hingga tampak bersih. Gerakan dari atas ke bawah menggunakan kapas DTT (1 kapas, 1 usapan) 15. Amati adanya tanda-tanda infeksi di daerah perineum 16. Memasang pakaian dalam dan pembalut 17. Mengambil alas/perlak dan bengkok 18. Merapikan pasien, mengambil selimur mandi 19. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula 20. Mencuci tangan 21. Dokumentasi
Evaluasi	1. Evaluasi hasil dari tindakan yang baru dilakukan 2. Mendokumentasikan kegiatan pada lembar catatan

Lampiran 7 Standar Operasional Prosedur Merebus Telur

Standar Operasional Prosedur (SOP) Merebus Telur	
Pengertian	Tahapan atau cara merebus telur untuk pasien
Tujuan	Memproduksi telur rebus yang bersih dan aman dimakan pasien
Ketentuan	1. Telur rebus diproduksi dengan alat dan metode yang bersih dan higienis 2. Pemasakan telur rebus disesuaikan dengan kebutuhan pasien
Langkah-langkah	1. Ambil telur dan letakan di panci. Letakan telur didasar panci, susun dengan perlahan agar tidak pecah. Jangan menumpuk telur lebih dari 4 lapis. 2. Penuhi panci dengan air keran yang bersuhu rendah. Tutupi telur menggunakan air secara perlahan dengan kedalaman minimal 3 cm. Masukkan sedikit garam. Ketika menambahkan air tahan telur dengan tangan agar tidak pecah atau cukup alirkan air di sisi panci. 3. Tempatkan panci diatas api sedang. Tutupi panci dan biarkan air nya sampai mendidih pada suhu 65°C. Air akan lebih cepat mendidih jika panci di tutup dengan baik. 4. Biarkan telur di dalam panci saat airnya mendidih untuk memastikan telur matang dengan sempurna. Selama 10-15 menit, biarkan panci tetap tertutup sampai telur matang sepenuhnya. 5. Saat telur sudah sepenuhnya matang, matikan kompor dan angkat telur dengan sendok atau saringan lalu dinginkan telur untuk menghentikan proses memasaknya. Tuang air dingin ke telur lalu biarkan telur terendam air dingin selama lebih kurang 5 menit. 6. Setelah dingin, kupas telur jika akan segera di makan dan persiapkan wadah untuk menampung telur rebus yang telah matang.
Sumber	(Sari, 2012)

Lampiran 8 Standar Operasional Prosedur Cara Mengkonsumsi Telur Rebus

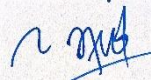
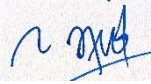
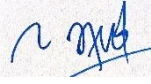
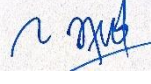
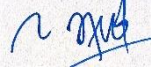
Standar Operasional Prosedur (SOP) Cara Mengkonsumsi Telur Rebus	
Tema	Pembiasaan konsumsi telur rebus untuk mempercepat penyembuhan luka perineum pada ibu nifas
Definisi	Telur adalah jenis lauk pauk yang mengandung protein hewani dengan harga terjangkau dan mudah di dapatkan. Telur juga merupakan salah satu makanan dengan kandungan nutrisi (protein) yang sangat tinggi
Tujuan	Agar luka perineum pada ibu nifas lebih cepat sembuh
Ketentuan	Ibu yang mengalami luka perineum
Langkah-Langkah	1. Mengupas cangkang telur rebus dengan hati-hati 2. Makan telur bisa sebagai lauk atau sekedar cemilan 3. Dimakan dua kali sehari yaitu pagi dan sore selama 5 hari 4. Telur yang dipilih untuk direbus adalah pilihan yang lebih sehat karena tidak ada lemak tambahan saat memasak 5. Konsumsi setelah proses persalinan yang dialami ibu dan di masa nifas 6. Lakukan konsumsi telur secara rutin untuk penyembuhan luka perineum selama 5 hari
Sumber	(Sari, 2012)

Lampiran 9 Lembar Home Visit

LEMBAR HOME VISIT
(Kunjungan Rumah)

Nama Responden: Ny. M

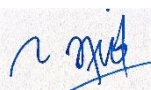
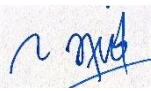
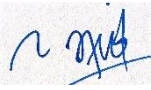
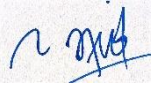
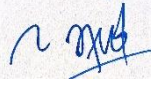
Alamat: Dukupuntang

Tanggal Pengkajian	Klien	Peneliti
02 Mei 2025		
03 Mei 2025		
04 Mei 2025		
05 Mei 2025		
06 Mei 2025		

LEMBAR HOME VISIT
(Kunjungan Rumah)

Nama Responden: Ny. P

Alamat: Cikalahang

Tanggal Pengkajian	Klien	Peneliti
07 Mei 2025		
08 Mei 2025		
09 Mei 2025		
10 Mei 2025		
11 Mei 2025		

[illegible]

Lampiran 11 Lembar Konsultasi

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA POLITEKNIK
KESEHATAN TASIKMALAYA PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
CIREBON**

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Najwa Fitria Sulaeman
 NIM : P20620222100
 Pembimbing Utama : Badriah, STT, MPH
 Pembimbing Pendamping : Santi Wahyuni, SKp, M.Kep, Sp.Mat

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				1	2
1	17 Januari 2025	Konsultasi tema untuk judul KTI	Tema yang disetujui untuk pembuatan karya tulis ilmiah yaitu tema pemberian telur rebus untuk percepatan penyembuhan luka ruptur perineum		
2	24 Januari 2025	Konsultasi ke- 1 BAB I	1. Perubahan judul dengan penambahan implementasi perawatan luka 2. Penambahan kejadian luka ruptur perineum Penambahan data dan angka kejadian ibu post partum yang mengalami ruptur perineum		

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				1	2
3	30 Januari 2025	Konsultasi ke-2 BAB I	1. Perbaikan penulisan sumber di awal kalimat 2. Perbaikan penyusunan kalimat dalam penulisan Bab 1 3. Perbaiki isi dengan penambahan bahasan mengenai ruptur perineum.		
4	31 Januari 2025	Konsultasi ke-3 BAB I	1. Penambahan judul dengan mencantumkan "wilayah puskesmas dukupuntang" 2. Penambahan di alinea awal materi persalinan spontan dan fenomena ruptur perineum 3. Pemindahan alinea pembahasan data puskesmas ke akhir alinea sebelum alinea perumusan judul 4. Perbaikan penyusunan kalimat dalam Bab I 5. Spesifikasi jenis luka menjadi ruptur perineum spontan		
5	4 Februari 2025	Konsultasi ke-4 BAB I	1. Perbaikan penyusunan kalimat dalam Bab I 2. Penambahan fenomenan ruptur perineum pada alinea pertama		
6	6 Februari 2025	Konsultasi ke-5 BAB I	1. Alinea pertama dimasukan penyebab terjadinya ruptur perineum 2. Perbaikan kata dan penyusunan		

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				1	2
			kalimat Bab I 3. ACC Bab I 4. Mulai penyusunan Bab II		
7	14 Februari 2025	Konsultasi ke-1 BAB II	1. Perbaikan penulisan sumber diganti dengan sumber asli buku 2. Perbaikan kesalahan kata (typo) dalam Bab II		
8	18 Februari 2025	Konsultasi ke-2 BAB II	1. Perbaikan penulisan menggunakan sumber asli 2. Perbaikan penulisan kata (typo) Bab II 3. ACC Bab II 4. Mulai penyusunan Bab III		
9	6 Maret 2025	Konsultasi ke-1 BAB III	1. Definisi operasional ditambahkan dengan nilai atau kategori 2. Tidak perlu memasukan materi dengan sumber di Bab III 3. Penambahan materi tahapan KTI dalam penyusunan KTI		
10	10 Maret 2025	Konsultasi ke-2 BAB III	1. Kelengkapan jadwal penyusunan KTI 2. ACC BAB III		
11	11 Maret 2025	Konsultasi Ke-1 Pembimbing 2	1. Penggunaan poin untuk manfaat bukan heading 2. Perbaikan isi data operasional (prosedural dan indikator penilaian)		

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				1	2
			3. Kelengkapan indikator dalam lembar observasi		
12	12 Maret 2025	Konsultasi Ke-2 Pembimbing 2	1. Susunan latar belakang sesuai dengan penulis 2. SOP berupa uraian di Bab 2 dan berupa tabel di bagian lampiran		

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Cirebon, 14 Maret 2025



Eyet Hidavat, SPd, S.Kp, M.Kep, Ns, Sp.Kep.J

REKOMENDASI PERBAIKAN HASIL UJIAN PROPOSAL KTI

Nama Mahasiswa : Najwa Fitria Sulaeman Penguji : Ibu Sriyatin, APP, S.Kep, Ns, M.Kes
 NIM : P20620222100 Judul : Implementasi Perawatan Luka Perineum Dan Pemberian Telur Rebus Pada Ibu Post Partum Spontan Terhadap Penyembuhan Luka Di Wilayah Puskesmas Dukupuntang
 Waktu Ujian : 19 Maret 2025

HALAMAN JUDUL
BAB I PENDAHULUAN 1. Poin b tujuan khusus kalimat lebih diperjelas dengan menambahkan jumlah telur
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 1. Gambar derajat rupture perineum diganti dengan yang lebih jelas 2. Kerangka teori diurutkan dan dituliskan sejajar 3. Kerangka konsep bagian variabel independent dan variabel dependen dihapuskan kotaknya
BAB III METODE KTI 1. Bagian subjek KTI kriteria inklusi dan eklusi ditambah 2. Definisi operasional ditambahkan hasil

Cirebon, 24 Maret 2025
 Penguji



Sriyatin, APP, S.Kep, Ns, M.Kes
NIP. 196810281994032001

REKOMENDASI PERBAIKAN HASIL UJIAN PROPOSAL KTI

Nama Mahasiswa : Najwa Fitria Sulaeman Penguji : Ibu Santi wahyuni, S.Kp, M.Kep, Sp.Mat
 NIM : P20620222100 Judul : Implementasi Perawatan Luka Perineum Dan Pemberian Telur Rebus Pada Ibu Post Partum Spontan Terhadap Penyembuhan Luka Di Wilayah Puskesmas Dukupuntang
 Waktu Ujian : 19 Maret 2025

HALAMAN JUDUL
BAB I PENDAHULUAN
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
BAB III METODE KTI 1. Subjek KTI harus homogen, untuk subjek luka rupture disamakan derajatnya dan tambahkan bagian kriteria eksklusi 2. Definisi operasional lebih di spesifikkan lagi dan menggunakan sesuai bahasa sendiri tidak menggunakan kalimat teori 3. Penambahan pedoman wawancara
LAIN-LAIN Penulisan daftar pustaka dirapihkan disesuaikan panduan

Cirebon, 24 Maret 2025
 Penguji



Santi Wahyuni, S.Kp, M.Kep, Sp. Mat
NIP. 197701052001122005

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TASIKMALAYA
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CIREBON

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN SETELAH SIDANG PROPOSAL

Nama :Najwa Fitria Sulaeman
 NIM :P20620222100
 Pembimbing Utama :Badriah SST, MPH
 Pembimbing Pendamping :Santi Wahyuni, SKp., M.Kep., Sp.Mat

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				Pembimbing 1	Pembimbing 2
1.	24 Maret 2025	Proposal BAB I, BAB II, BAB III	1. Pada pedoman wawancara gunakan pertanyaan terbuka 2. Perbaiki penulisan daftar pustaka dengan jarak 1,5		

Mengetahui,
 Ketua Program Studi DII Keperawatan
 Cirebon


 Kemenkes

Eyet Hidavat, SPd, SKp, MKep, Ns, Sp. Kep.J.
 NIP. 196709281991021001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TASIKMALAYA
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CIREBON

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Najwa Fitria Sulaeman
 Nim : P20620222100
 Pembimbing Utama : Badriah, STT, MPH
 Pembimbing Pendamping : Santi Wahyuni, SKp, M.Kep, Sp.Mat

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				1	2
1.	26 Mei 2025	Konsultasi ke-1 BAB IV dan V	1. Penulisan bab 4 menggunakan narasi 2. Dijelaskan mana klien 1 dan 2 3. Kesimpulan disesuaikan dengan tujuan khusus 4. Daftar Pustaka ditambahkan		
2.	27 Mei 2025	Konsultasi ke-2 BAB IV dan V	1. Perbaikan penulisan yang salah (typo) 2. Penambahan hasil dan pembahasan pada BAB IV dengan gambaran implementasi yang dilakukan dan kesenjangan 3. Penambahan bagian Kesimpulan disesuaikan dengan point yang ada di hasil		
3.	28 Mei 2025	Konsultasi ke-3 BAB IV dan V	1. Abstrak diperbanyak tetapi tidak boleh dari 300 kata 2. Kata kunci pada bagian abstrak sesuai abjad 3. Pada askep spasi 1		

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing	
				1	2
4.	29 Mei 2025	Konsultasi ke-1 Pembimbing 2	1. Lengkapi bagian askep terutama diagnosa medis, riwayat penyakit dahulu dan keluarga 2. Gali lebih dalam pada bagian KB 3. Riwayat kehamilan sekarang harus diperjelas		

Mengetahui
 Ketua Program Studi DII Keperawatan
 Cirebon

Eyet Hidayat, SPd, SKp, MKep, Ns, Sp. Kep.J.
 NIP. 196709281991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS DIRI

Nama : **NAJWA FITRIA SULAEMAN**
 Tempat, Tanggal Lahir : Majalengka, 23 November 2003
 Alamat : Jl. Mutiara Rt/Rw 02/05 Kamp.
 Mangkuraga Desa. Rajagaluh Lor Kec.
 Rajagaluh Kab. Majalengka
 Motto : Beban hidup reda saat cinta jadi tenaga

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN RAJAGALUH LOR IV
2. SMPN 1 RAJAGALUH
3. SMAN 1 RAJAGALUH
4. POLTEKKES KEMENKES TASIKMALAYA WILAYAH CIREBON

C. Riwayat Organisasi

1. Anggota Paduan Suara (PADUS) SMPN 1 RAJAGALUH
2. Anggota paskibra SMPN 1 RAJAGALUH