

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: **Magdalena Risna Wanti** Dengan judul: **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Preeklampsia Berat di Ruang Nifas III Rsud Ende**

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

Ende, 07 Maret 2025

Saksi



Tn. M.M

Yang Memberi Persetujuan



Ny. M.A.G

Peneliti



Magdalena Risna Wanti
NIM. PO5303202220048

FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM/ NIFAS

I. PENGKAJIAN

Hari/ tanggal :Rabu,4 Juni 2025.....

Oleh : Magdalena Risna Wanti

A. Identitas

Nama Ibu	Ny. M.A.G
Umur	37 Tahun
Pendidikan	SD
Pekerjaan	IRT
Alamat	Jopu
Tanggal Partus	04 Juni 2025
Jenis Partus	<i>Sectio Caesere</i> + MOW
Nama Suami	Tn. M.M
Umur	42 Tahun
Pendidikan	SD
Alamat	Jopu

B. Riwayat keseh

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada area *insisi* dinding abdomen , kepala sakit rasanya seperti nyut-nyut .

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan pada hari Selasa 3 Juni 2025 pasien merasa nyeri pinggang yang hebat sehingga keluarga membawa pasien ke puskesmas wolowaru. Sesampainya dipuskesmas wolowaru pasien mendapatkan penanganan awal seperti melakukan TTV dengan hasil TD : 158/98mmHg, nadi 99x/menit, suhu:36,7°, spo₂ : 99% palpasi TVU :28

cm , DJJ 144x/menit. Pasien di rujuk ke rumah sakit dan saat di rumah sakit pasien mendapatkan obat nefidipin satu tablet, MGSO4 40% pada hari rabu tanggal 04 juni 2025 pasien mengantarkan keruangan OKA dimelakukan tindakan operasi persalinan section caesarea pada pukul 12.30 – 13.40. pasien masok ruangan nifas pada pukul 15.30 untuk melakukan perawatan lanjut di ruangan Nifas. Pasien mengatakan nyeri pada area insisi dinding abdomen, kepala sakit rasanya seperti nyut-nyut.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak tau penyakit hipertensi hanya ada mamanya pasien yang memiliki riwayat hipertensi.pasien baru mengalami tekanan darah tinggi 2 minggu sebelum melahirkan pada saat melakukan pemeriksaan dipuskesmas wolowaru.

d. Riwayat Obstetric

Tabel 4.1 Ibu dengan G3P2A0 MOW + PEB usia kehamilan 35 minggu

NO	UMUR	L/P	H/M	BBL	CARA LAHIR	PENOLONG
1.	14 TAHUN	P	H	2900 gram	NORMA L	BIDAN
2.	10 TAHUN	L	H	2900 gram	NORMA L	BIDAN
3.	04-06-2025	L	H	2300 gram	SC CITO	Dr. Lydia Firmiati Nembo sp.oG

e. Riwayat Kehamilan Sekarang

a) Gangguan Pada Hamil Muda

Pasien mengatakan sering mual muntah, pusing dan kepala sakit pada kehamilan trimester pertama dan nyeri di ulu hati.

b) Tempat Pemeriksaan Kehamilan

Pasien mengatakan selama kehamilan melakukan pemeriksaan sebanyak sembilan kali di Puskesmas Wolowaru.

c) Obat yang diberikan

Pasien mengatakan obat yang di dapat ,vitamin B12,klak dan tablet tambah darah

d) Nutrisi saat Kehamilan

Pasien mengatakan saat hamil makan tiga kali dalam sehari dengan jumlah porsi dalam 1 piring penuh. Makanan yang sering pasien konsumsi seperti nasi sayur, ikan ,tahu,tempe dan pasien juga jarang mengonsumsi buah- buahan, sering makan sayur yang bersantan, berminyak, kadang asin dan pasien juga minum air kelapa muda.

f. Riwayat persalinan

a) Jenis Persalinan

Persalinan *section caeserea* + Mow (metode Operasi wanita),
Lama Persalinan 1 jam (12.30 -13.30), Jumlah Pendarahan 300 cc, Keadaan umum pasien baik GCS : E : 4, V:5, M: 6,
Kesimpulannya : kesadaran klien composmentis.

g. Riwayat kontrasepsi

Pasien merupakan akseptor KB yang digunakan KB implan selama dua tahun keluhan selama pemakaian berat badan naik.

h. Data psikologis

a) Empati sensitivitas terhadap isyarat bayi : pasien saat ini merasa sedih ketika bayinya sakit

b) Respon ibu ketika bayi menangis : pasien takut dan khawatir ketika bayi menangis

c) Konsep diri : pasien menarik diri karna bayinya sakit

(1) Kepuasan ibu terhadap kelahiran : sangat puas. namun pasien saat mendengar bayinya mau di operasi pasien sangat khawatir

(2) Penerimaan Diri Ibu : saat pasien mengetahui kondisi anaknya mau di operasi pasien sempat syok dan pasien tetap berdoa untuk kesembuhan bayinya.

(3) harga diri

(a) Perubahan apa yang dirasakan setelah mengalami persalinan : pasien mengatakan badannya sudah merasa baik dan sehat.

(b) Apakah ada hal penting yang dipikirkan saat ini : pasien mengatakan sangat kepikiran dengan keadaan anaknya sekarang

(c) Kesesuain antara harapan dan kenyataan : pasien mengatakan berharap saat lahir pasien dan anaknya baik-baik saja dan sehat. Tetapi kenyataan anaknya harus segera di operasi karena lubang anusnya tidak ada

(d) Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi : pasien sangat kooperatif terhadap persalinannya

d) Kecemasan .

1) Apa respon ibu jika bayi sakit : pasien mengatakan sangat stress dengan keadaan bayinya sekarang

2) Perilaku ibu saat bayi sakit : pasien selalu berdoa atas kesembuhan bayinya

e) depresi.

1) Apakah ibu tampak diam dan menarik diri : pasien menarik diri karena anaknya sakit

2) Apakah ibu tampak menangis : iya ibu tampak menangis

f) Konflik peran.

1) Apakah ibu menerima peran sebagai ibu : ibu menerima perannya sebagai seorang ibu

2) Bagaimana dengan pekerjaan ibu : untuk sementara waktu ibu sementara proses penyembuhan ,berhenti untuk bekerja dan kehidupan sehari-hari ditanggung oleh suami

3) Bagaimana menjalankan tugas sebagai istri : pasien menjalankan tugasnya sebagai seorang istri dan dibantu oleh suaminya dan keluarganya.

g) Dukungan social (suami dan keluarga) : keluarga sangat mendukung.

- h) Adaptasi psikologi ibu post partum (taking in/ taking hold/ letting go)
- i. Pemenuhan Kebutuhan Dasar
 - a) Nutrisi : pasien mengatakan banyak makan, makan yang di sediakan dari rumah sakit di habiskan. Makan yang di konsumsi yaitu bubur, ikan goreng, ayam, sayur labu . keluarga pasien juga menyediakan bubur dan telur rebus.
 - b) Eliminasi : masih terpasang kateter dan jumlah urine sebanyak 500 cc
 - c) Oksigenasi : tidak terpasang 02
- j. Aktiftas dan Istirahat

pola tidur :pasien mengatakan tidak bisa tidur karena kepikiran dengan bayinya yang akan melakukan operasi.

A. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) kesadaran composmentis
- 3) *Apger Score* : GCS : 15 dengan respon eye 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).
- 4) Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2 : 96%, RR: 20x/m, CRT :<3 detik.

Kepala : kulit kepala sedikit kotor, rambut bergelombang, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan.

Mata : bentuk mata simetris, tampak kantong mata, konjungtiva merah muda, sklera non ikterik.

Hidung : simetris, tidak ada pembengkakan.

Mulut : Mukosa bibir tampak lembab, klien berbicara jelas, tidak ada lesi, perdarahan dan juga bengkak.

Dada : inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada pembengkakan, payudara simetris, membesar, puting susu menonjol, aerola hitam, tidak keluar asi pada saat di tekan, RR: 20x/m.

Abdomen : inspeksi : bentuk simetris, bersih, tampak ada linea nigra, striae, tampak luka tertutup kasa + hipafix, peristaltik usus :18x/m, kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, nyeri pada saat di tekan.

Genetalia : inspeksi : jenis lochea rubra, perineum utuh dan terpasang kateter, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.

Ekstremitas : pada kedua tangan tampak terpasang infus Rl drip + MgSo4 + oksitosin, jumlah tetesan infus 24 tpm, akral hangat. Pada ekstremitas bawah tampak sedikit edema, jari kaki lengkap, dan kekuatan otot baik.

B. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan darah lengkap
Hasil laboratorium tanggal 03 juni 2025

No	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Satuan	Hasil pemeriksaan
1	WBC (<i>Leukosit</i>)	3.60 – 11,0	$10^3/\mu\text{L}$	13,2
2	RBC (<i>Eritrosit</i>)	3.80 – 5.20	$10^6/\mu\text{L}$	4,68
3	HGB	11.7 – 15.5	g/dl	11.8
4	HCT	35.0 – 47.0	%	36,4
5	MCV	80.0– 100	fL	77.8
6	MCH	27.0– 34.0	Pg	25.2
7	MCHC	26.0 – 34.0	g/dl	32.4
8	PLT(<i>Trombosit</i>)	150 -440	$10^3/\mu\text{L}$	272
9	RDW	11.5 – 14.5	%	13,3
10	MPV	9.0 – 13.0	fL	10,7
11	LYMPH%	25.0– 40.0	%	19.6
12	NEUT%	50.00-70.00	%	73.2
13	LYM%	25.0-40.0	%	19.6

Tabel 4.3 Pemeriksaan darah lengkap
Hasil laboratorium tanggal 04juni 2025

No	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Satuan	Hasil pemeriksaan
1	WBC (<i>Leukosit</i>)	4,0 – 10,0	$10^3/\mu\text{L}$	19,9
2	RBC (<i>Eritrosit</i>)	4.00 – 5.00	$10^6/\mu\text{L}$	4,48
3	HGB	11.7 – 15.5	g/dl	12.2
4	HCT	35.0 – 47.0	%	36,6
5	MCV	80.0– 103.4	fL	82.1
6	MCH	27.0– 34.0	Pg	27.2
7	MCHC	32.0 – 36.0	g/dl	33.2
8	PLT(<i>Trombosit</i>)	150 -400	$10^3/\mu\text{L}$	300
9	RDW	11.0 – 16.0	%	13,2
10	MPV	6.5 – 12.0	fL	8,3
11	LYMPH%	20.0– 40.0	%	16.6
12	MID%	3.0 – 15.0	%	7.7
13	LYM	0.8 – 4.0	$10^3/\mu\text{L}$	3.3

Pemeriksaan urine lengkap
Tabel 4.4 Tanggal 31-02-2025

No	Jenis pemeriksaan	Hasil hematologi	Nilai rujukan
1	Glukosa	-	<30 mg/dl
2	Bilirubin	-	0,02 mg/dl
3	Ph	6.5	4,6-8,0
4	Protein	Neg	< 15 mg/dl
5	Urobilin	Normal	<1,0 mg/dl
6	Nitrit	-	Neg
7	Leukosit esterase	-	Neg

Tabel 4.5 Terapi

No	Nama obat	Kegunaanya
1	Paracetamol	Meredakan nyeri dan menurunkan demam
2.	Ketorolax	Meredakan nyeri
3.	Asam mefenamat	Meredakan nyeri
4.	Nifedipine	Menurunkan tekanan darah tinggi
5.	MgSo4	Untuk mengatasi Preeklampsia
6.	Oxitosin	Memperkuat kontraksi dinding Rahim

A. Tabulasi data

Pasien mengatakan nyeri pada pinggang pada saat di puskesmas wolowaru, nyeri padapayudara saat di tekan, area *insisi* dinding abdomen, P: luka post operasi Sectio caeserea pada dinding abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri teriris-iris, R: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualitas 6, T: pasien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak, kepala sakit rasanya seperti nyut-nyut, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri pada payudaranya saat di tekan , pasien mengatakan kurang nyaman karena terpasang kateter, pasien Nampak stress, menangis,gelisah,cemas kulit kepala Nampak kotor,abdomen ada stria ada edema pada kedua kaki ,

Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), pada kedua tangan tampak terpasang infus Rl drip + MgSo4 + oksitosin, jumlah tetesan infus 24 tpm, akral hangat. payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, Tanda-tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5° C SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT :<3 detik, tampak luka tertutup kasa + hipafix, peristaltik usus :18x/m, kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, perineum utuh, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.

B. Klasifikasi data

DS : pasien mengatakan nyeri pada pinggang, nyeri pada payudara saat ditekan nyeri pada dinding abdomen P: luka post operasi Sectio caesarea pada dinding abdomen, Q: pasien mengatakan nyeri teriris-iris, R: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualitas 6, T: pasien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak, sakit kepala seperti nyut-nyut, nyeri pada payudara saat di tekan, pasien tidak nyaman terpasang kateter Do: , Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis, tampak gelisa, cemas, stress, menangis edema pada kedua kaki nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), pada kedua tangan tampak terpasang infus Rl drip + MgSo4 + oksitosin, jumlah tetesan infus 24 tpm, akral hangat. payudara membesar, bendungan Asi, Asi

tidak keluar, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5° C SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT :<3 detik, tampak luka tertutup kasa + hipafix, peristaltik usus :18x/m, kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, perineum utuh, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh

C.Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data

No	Data Fokus Subyektif (S) Obyektif (O)	Etiologi	Problem
1.	Ds : pasien mengatakan kepala sakit seperti nyut-nyut Do :keadaan umum baik,kesadaran compasmentis, TTV : TD : 154/106 mmHg, nadi : 64x/menit, suhu: 36,5 °C SpO2 : 96%. CRT < 3	Hipertensi	Perfusi cerebral tidak efektif
2.	Ds: pasien mengatakakan nyeri pada <i>insisi</i> dinding abdomen Do:tampak meringis, kesadaran compasmentis, karakteristik nyeri P: luka post operasi <i>Sectio Caeserea</i> pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris-iris, R: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualias nyeri 6, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak. nilai GCS 15 TD: 154/106mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.	<i>Insisi</i> dinding abdomen	Gangguan nyaman nyeri
3.	Ds : pasien mengatakakan nyeri pada insisi dinding abdomen Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai	Luka <i>insisi</i> dinding abdomen	Gangguan integritas kulit

	GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.		
4.	Ds : pasien mengatakan nyeri pada insisi dinding abdomen Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, pasien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.	Luka <i>insisi</i> dinding abdomen	Risiko infeksi
5.	Ds : pasien mengatakan nyeri pada saat di tekan payudaranya Do : payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3	Ketidakadekuatan suplai Asi	Menyusui tidak efektif
6.	Ds : pasien mengatakan kurang nyaman karena terpasang kateter. Do : tampak terpasang kateter, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh.keadaan umum baik kesadaran composmentis, nilai GCS 15 Tanda –tanda vital : TD: 154/89 mmHg, Nadi: 83x/m, suhu: 37,0°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3.	Efek anestesi	Perubahan eliminasi urine
7.	Ds : pasien mengatakan nyeri pada insisi dinding abdomen, dan belum bisa melakukan aktivitas . Ds : keadaan umum baik, kesadaran compasmenti, aktivitas dibantu. GCS 15, Tanda –tanda	Nyeri Luka <i>insisi</i> dinding abdomen dan keterbatasan gerak	Intoleransi aktifitas

	vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3 .		
8.	Ds. Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya saat ini Do. Pasien tampak gelisah, menangis, dan juga tampak bingung dengan kondisi anaknya. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15 mata Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3	Krisis sational	Ansietas

1. Prioritas

- a. Risiko hipovolemik
- b. Risiko perfusi cerebral tidak efektif
- c. Risiko pefusi perifer tidak efektif
- d. Kerusakan integritas kulit
- e. Risiko infeksi
- f. Gangguan aman nyeri
- g. Risiko Menyusui tidak efektif
- h. Risiko Gangguan eliminasi urin.
- i. Gangguan eliminasi urine
- j. Intoleransi Aktivitas
- k. Ansietas

Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Perfusi Cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi dibuktikan dengan.</p> <p>Ds: pasien mengatakan kepala sakit seperti nyut-nyut</p> <p>Do: keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <p>GCS 15,TTV: TD: 154/106mmHg , Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien diharapkan risiko perfusi cerebral tidak efektif tidak terjadi. Dengan kriteria hasil yang didapatkan :</p> <p>Tekanan darah normal, pusing menurun, kejang menurun, tegang leher menurun.</p>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan TD 2. Monitor penurunan tingkat kesadaran 3. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil 4. Monitor tekanan perfusi serebral 5. Monitor efek stimulus lingkungan hidup terhadap TIK <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan 7. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 8. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 9. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 11. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 12. Diet rendah garam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan tekanan darah dapat menjadi tanda kompensasi tubuh terhadap peningkatan tekanan intrakranial, untuk mempertahankan perfusi cerebral 2. Penurunan kesadaran adalah indikator awal adanya peningkatan TIK, herniasi otak, atau kerusakan pada saraf kranial. 3. Perubahan respon pupil bisa mengindikasikan peningkatan TIK. 4. Memonitor tekanan perfusi cerebral membantu memastikan bahwa otak menerima aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi. 5. Untuk mengelola faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi TIK dan kondisi pasien

				<p>6. Dengan mempertahankan sterilitas sistem pemantauan, tim kesehatan dapat memastikan keselamatan pasien dan mengoptimalkan hasil perawatan.</p> <p>7. Posisi kepala yang netral dapat membantu mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak.</p> <p>8. Pemantauan yang lebih sering dapat membantu mendeteksi perubahan kondisi pasien.</p> <p>9. Dokumentasi hasil pemantauan memungkinkan untuk mengevaluasi perawatan yang diberikan dan indentifikasi area yang perlu ditingkatkan</p> <p>10. Menjelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang perawatan yang diberikan.</p> <p>11. Menginformasikan hasil</p>
--	--	--	--	--

				<p>pemantauan dapat membangun atau meningkatkan kepercayaan serta komunikasi antara pasien dan tim kesehatan.</p> <p>12. Diet rendah garam dapat membantu mengurangi retensi cairan dalam tubuh dan dapat membantu mengurangi gejala pembengkakan dan sesak napas</p>
2.	<p>Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan <i>insisi</i> dinding abdomen ditandai dengan Ds: pasien mengatakan nyeri pada insisi dinding abdomen dengan karakteristik nyeri.</p> <p>Do :Pasien nampak meringis kesadaran compasmentis</p> <p>P: luka post operasi <i>Sectio Caeserea</i> pada</p>	<p>setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan gangguan nyaman nyeri teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan Nyeri di area insisi menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik.</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi frekuensi nyeri membantu dalam menentukan penyebab nyeri 2. Skala nyeri menyediakan cara untuk mengukur dan mendokumentasikan tingkat nyeri 3. Respon non-verbal seperti mimik wajah, gerakan tubuh, dapat memberikan petunjuk penting tentang tingkat nyeri 4. Faktor-faktor ini memungkinkan

	<p>dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris R: nyeri pada daerah <i>insisi</i> dinding abdomen S: skala nyeri 4 kualias nyeri 6 T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak. Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3</p>		<p>teknik imajinasi terbimbing, kompres dingin/hangat, terapi bermain) 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 9. Fasilitasi istirahat dan tidur 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 11. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 12. Kolaborasi penggunaan analgetik bila perlu 13. Observasi efek analgetik.</p>	<p>sebagai pemicu yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5. Memantau efek samping analgetik memungkinkan memiliki efek samping yang sangat serius. 6. Memantau efek samping analgetik memungkinkan memiliki efek samping yang sangat serius. 7. Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat memperingan nyeri 8. Tidur yang cukup dan berkualitas dapat mengurangi persepsi nyeri. 9. Menjelaskan penyebab nyeri pada pasien meningkatkan pemahaman tentang kondisi pasien. 10. Memantau nyeri secara mandiri membantu pasien menjadi lebih sadar akan nyeri yang pasien rasakan.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Lepaskan tegangan emosional dan otot; tingkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan koping.</p> <p>11. Menghilangkan rasa nyeri 12. Respirasi mungkin menurun pada pemberian narkotik, dan mungkin menimbulkan efek-efek sinergistik dengan zat-zat anestesi</p>
3.	<p>Gangguan <i>integritas</i> kulit berhubungan dengan <i>insisi</i> dinding abdomen ditandai dengan Ds : pasien mengatakan nyeri pada insisi dinding abdomen, Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, pasien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan kerusakan integritas kulit teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : luka pada area insisi membaik.</p>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Terapeutik:Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu. 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Berikan diet dengan kalori 30- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan pada karakteristik luka, seperti kemerahan, bengkak, peningkatan rasa nyeri, keluarnya nanah, atau bau tidak sedap, bisa menjadi tanda infeksi 2. Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi secara dini seperti demam, kemerahan, pembengkakan, nyeri atau keluarnya cairan dari luka memungkinkan

	<p>154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT ≤ 3</p> <p>kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.</p>		<p>35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari</p> <p>8. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino) sesuai indikasi.</p> <p>9. Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>	<p>tindakan cepat sebelum infeksi menyebar atau menjadi lebih parah</p> <p>3. Proses pelepasan secara perlahan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau rasa sakit yang dialami pasien</p> <p>4. Cairan NACL membantu menjaga kelembaban di area luka dan membantu mencegah infeksi.</p> <p>5. Salep yang diformulasikan untuk kondisi tertentu dapat membantu mempercepat proses penyembuhan baik dengan memperbaiki jaringan, menghidrasi kulit atau mendukung regenerasi sel.</p> <p>6. Balut yang tepat melindungi luka dari kotoran, bakteri dan trauma eksternal yang dapatSuplemen vitamin dan mineral 7.</p>
--	---	--	---	---

				<p>membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang memungkinkan serta mendukung dalam proses penyembuhan. a t mengurangi resiko infeksi dan mempercepat penyemba</p> <p>7. Menyediakan kalori dan protein dalam jumlah yang tepat mendukung pemulihan dan kesehatan pasien</p> <p>8. Tanda-tanda infeksi seperti demam, bengkak, kemerahan, nyeri atau keluarnya nanah, memungkinkan pasien dan keluarga untuk mengenali perubahan</p> <p>9. Mempercepat penyembuhan</p>
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan luka <i>insisi</i> dinding abdomen	setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko infeksi	Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Memantau tanda vital seperti suhu, tekanan darah , denyut nadi,

	<p>dibuktikan dengan Ds : pasien mengatakan nyeri pada insisi dinding abdomen Do : tampak luka tertutup kasa + hipafix, klien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15, Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT <3 kontraksi uterus baik (konsistensinya keras) , tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, lochea rubra.</p>	<p>tidak terjadi, kriteria hasil yang di dapatkan : perdarahan menurun, luka pada daerah insisi membaik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Uji kesterilan semua peralatan 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Berikan perawatan kulit pada area edema 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 6. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 7. Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 10. Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>dan pernapasan dapat membantu mendeteksi komplikasi sistemik seperti infeksi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Benda –benda yang dipaket mungkin tampak steril, meskipun demikian, setiap benda harus secara teliti diperiksa kesterilannya, adanya kerusakan pada pemaketan, efek lingkungan pada paket, dan teknik pengiriman. Sterilisasi paket/tanggal kadaluarsa, nomor lot/seri harus dokumentasikan jika perlu 3. Semakin banyak orang yang datang, semakin tinggi resiko penyebaran infeksi baik kepada pasien yang mungkin memiliki system kekebalan tubuh lemah maupun kepada
--	---	--	--	---

				<p>pengunjung itu sendiri.</p> <p>4. Edema menyebabkan penumpukan cairan di jaringan, sehingga kulit di area tersebut menjadi lebih tegang, tipis, dan rentan terhadap kerusakan seperti pecah-pecah atau ulserasi</p> <p>5. Tangan adalah salah satu media utama penularan kuman, termasuk bakteri dan virus.</p> <p>6. Pasien yang beresiko tinggi, seperti pasien dengan system imun yang lemah, pasien pasca operasi sangat rentan terhadap infeksi.</p> <p>7. Dengan memahami tanda dan gejala infeksi pasien dan keluarga dapat mengenali perubahan secara cepat yang memungkinkan</p>
--	--	--	--	--

				<p>mereka segera melapor kepada tenaga kesehatan</p> <p>8. Nutrisi yang adekuat memberikan tubuh energy dan zat-zat penting seperti protein, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan untuk memperbaiki jaringan yang rusak, penyembuhan luka dan mengatasi infeksi.</p> <p>9. Cairan penting untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh dan mencegah dehidrasi terutama pada pasien yang kehilangan cairan berlebihan</p> <p>10. Dapat diberikan secara profilaksis bila di curigai terjadinya infeksi atau kontaminasi</p>
5.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan	setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan	1. Setiap individu memiliki gaya belajar yang berbeda.

	<p>ketidakadekuan suplai Asi ditandai dengan :</p> <p>Ds : pasien mengatakan nyeri pada saat di tekan payudaranya</p> <p>Do : payudara membesar, bendungan Asi, Asi tidak keluar, klien sadar penuh, kesadaran composmentis, nilai GCS 15</p> <p>Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3</p>	<p>risiko menyusui tidak efektif tidak terjadi. kriteria hasil yang di dapatkan :Puting susu menonjol membaik, suplay asi adekuat meningkat, tetesan pancaran asi meningkat.</p>	<p>menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berikan koseling menyusui 8. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 9. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar 10. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres menggunakan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 11. Ajarkan perawatan payudara postpartum (misal Memerah ASI, 	<p>Dengan kesiapan dan kemampuan mereka, penyuluh kesehatan dapat menggunakan metode yang lebih efektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Penetapan tujuan yang jelas dapat membantu ibu merasa lebih terarah dan fokus. 3. Materi yang tertulis seperti buku panduan atau brosur serta video, memungkinkan peserta untuk lebih muda memahami. 4. Penjadwalan yang fleksibel memungkinkan pendidikan kesehatan disesuaikan dengan ketersediaan peserta 5. Proses bertanya mendorong keterlibatan aktif dalam pendidikan kesehatan. 6. Melibatkan suami dan anggota keluarga lainnya dalam sesi edukasi
--	--	--	---	--

			<p>pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	<p>menyusui membantu mereka memahami teknik menyusui.</p> <p>7. Konseling menyusui memberikan informasi yang dibutuhkan ibu tentang teknik menyusui, posisi yang tepat, dan cara perlekatan yang baik.</p> <p>8. Asi mengandung antibody dan komponen imunologis yang membantu melindungi bayi dari infeksi dan penyakit berkontribusi pada kesehatan jangka panjang bayi.</p> <p>9. Dengan posisi yang baik bayi akan merasa lebih nyaman saat menyusui yang dapat meningkatkan ketertarikan dan afektivitas menyusui.</p> <p>10. Minyak kelapa memiliki sifat melembabkan yang baik, sehingga membantu mencegah kulit</p>
--	--	--	---	---

				<p>payudara menjadi kering atau pecah-pecah yang dapat terjadi seiring dengan perubahan ukuran payudara selama kehamilan.</p> <p>11. Menjaga kebersihan payudara dan puting sangat penting untuk mencegah infeksi seperti mastitis dan juga dapat merangsang Asi.</p>
6.	<p>Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek anastesi ditandai dengan :</p> <p>Ds : pasien mengatakan kurang nyaman karena terpasang kateter.</p> <p>Do : tampak terpasang kateter, volume urine 500 cc, warna urine kuning teh. Keadaan umum baik , kesadaran composmentis, nilai GCS 15</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan Risiko gangguan eliminasi urine teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, frekuensi BAK membaik.</p>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine. 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih. 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 	<p>1. Retensi urine adalah ketidakmampuan mengendalikan pengeluaran urine. Dengan mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine tenaga kesehatan dapat mengelola dengan tepat untuk mengurangi gejala tersebut.</p> <p>2. Retensi urine dapat disebabkan oleh berbagai faktor termasuk obstruksi mekanis seperti</p>

	<p>Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,6 °C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.</p>		<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih. 7. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih. 8. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu 	<p>pembesaran prostat sehingga memungkinkan untuk mengambil tindakan yang tepat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memantau volume, warna dan konsistensi urine dapat membantu mendeteksi masalah seperti infeksi saluran kemih, retensi urine dan obstruksi. 4. Data yang dikumpulkan membantu mengidentifikasi faktor pemicu atau pola yang berkaitan dengan inkontinensia atau ketidaknyamanan, memungkinkan intervensi yang lebih tepat. 5. Pada pasien dengan masalah saluran kemih membatasi asupan cairan membantu mengurangi volume urine yang dihasilkan sehingga mengurangi resiko retensi
--	---	--	---	---

				<p>urine dan ketidaknyaman an.</p> <p>6. Pemahaman tentang infeksi saluran kemih membantu pasien untuk lebih proaktif dalam perawatan diri sehingga mengurangi risiko komplikasi serius.</p> <p>7. Bagi wanita pasca melahirkan penguatan otot panggul penting untuk pemulihan dan mencegah masalah kesehatan dimasa depan.</p> <p>8. Pembatasan cairan menjelang tidur dapat mencegah kebocoran urine.</p> <p>9. Supositoria uretra seringkali digunakan untuk mengurangi nyeri atau ketidaknyaman an yang disebabkan oleh infeksi saluran kemih.</p>
--	--	--	--	--

7.	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Nyeri Luka <i>insisi</i> dinding abdomen dan keterbatasan gerak aktivitas dibantu karena ditandai dengan:</p> <p>Ds : pasien mengatakan nyeri pada insisi dinding abdomen, pasien juga mengatakan belum bisa melakukan aktivitas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan intoleransi aktivitas teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : kelemahan menurun.</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 6. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 8. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 9. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 10. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan dapat disebabkan oleh berbagai gangguan fungsi tubuh seperti anemia. 2. Kelelahan fisik dan emosional dapat menjadi gejala awal dari berbagai kondisi medis, seperti gangguan tidur, depresi, kecemasan dan penyakit kronis 3. Pola tidur yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan mental, meningkatkan resiko gangguan seperti depresi kecemasan dan stress. 4. Banyak ketidaknyamanan fisik yang terjadi selama aktivitas disebabkan oleh teknik atau postur yang buruk serta kelemahan fisik. 5. Rentang gerak aktif dan pasif melibatkan gerakan yang dilakukan oleh pasien sendiri sehingga
----	--	---	--	--

				<p>membantu memperkuat otot-otot yang digunakan untuk menggerakkan sendi serta mencegah kekakuan sendi dan kontraktur.</p> <p>6. Duduk di sisi tempat tidur merupakan langkah awal yang penting dalam proses rehabilitasi untuk kembali berpindah atau berjalan</p> <p>7. Memulai aktivitas dengan bertahap memungkinkan otot, sendi dan sistem kardiovaskuler beradaptasi dengan tuntutan fisik yang baru /meningkat.</p> <p>8. Kelelahan yang tidak berkurang dapat menjadi tanda kondisi medis yang mendasarinya seperti anemia, gangguan jantung, masalah pernapasan atau kondisi kronis lainnya</p> <p>9. Kelelahan</p>
--	--	--	--	--

				<p>seringkali diperburuk oleh stress emosional. Dengan mengajarkan teknik relaksasi seperti napas dalam meditasi atau manajemen waktu yang baik, pasien dapat mengurangi stress yang berkontribusi pada kelelahan.</p> <p>10. Kelelahan seringkali disebabkan oleh kekurangan nutrisi, seperti zat besi, vitamin B, dan protein. Ahli gizi dapat membantu merancang rencana makan yang kaya akan nutrisi yang diperlukan untuk meningkatkan energy.</p>
--	--	--	--	---

8	<p>Ansietas berhungungan dengan krisis situasional ditandai dengan Ds. Pasien mengatakan khawatir</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien ansietas teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : kecemasan menurun.</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi perubahan dalam tingkat kecemasan kondisi kecemasan pasien 2. Memungkinkan deteksi dini
---	---	---	---	--

	<p>dengan kondisi anaknya saat ini</p> <p>Do. Pasien tampak gelisah, menangis, dan juga tampak bingung dengan kondisi anaknya.</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nilai GCS 15</p> <p>Tanda –tanda vital : TD: 154/106 mmHg, Nadi: 64x/m, suhu: 36,5°C, SpO2: 96%, RR: 20x/m, CRT < 3.</p>		<p>(verbal dan nonverbal)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas 6. Dengarkan dengan penuh perhatian 7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 9. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 10. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 11. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian obat antiansietas. 	<p>gangguan kesehatan mental seperti gangguan kecemasan dan depresi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Suasana terapeutik yang positif membantu pasien merasa lebih nyaman dan aman sehingga mereka lebih cenderung membuka diri mereka 4. Kecemasan sering diperburuk oleh rasa kesepian jadi kehadiran seseorang dapat memberikan rasa nyaman dan terdukung menghadapi kecemasan 5. Memahami situasi atau kondisi yang memicu kecemasan dapat mengidentifikasi penyebab utama dari kecemasan 6. Membantu pasien mengurangi kecemasan 7. Pendekatan dan ketenangan membuat pasien mengurangi kecemasan.
--	--	--	---	--

				<p>8. Kehadiran anggota keluarga memberikan dukungan emosional dan membantu mengurangi kecemasan</p> <p>9. Mengungkapkan perasaan membantu pasien mengurangi kecemasan</p> <p>10. Kegiatan pengalihan dapat mengurangi stres dan kecemasan.</p> <p>11. Dengan melatih teknik relaksasi secara teratur, seseorang dapat mencapai keseimbangan yang lebih baik antara tubuh dan pikiran, serta mendukung kesehatan secara keseluruhan</p> <p>12. Antiansietas diberikan untuk meredakan gejala cemas yang berlebihan, seperti rasa takut, ketegangan, atau serangan panik yang dapat mengganggu kualitas hidup sehari-hari.</p>
--	--	--	--	---

Implementasi Hari Pertama

No	Diagnose keperawatan	Hari tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.		Rabu 04-06 - 2025	16.30 17.00 17.20	Memonitor tingkat kesadaran pasien dengan hasil : tingkat kesadaran pasien composmentis, E:4, V:5, M:6=15, jam 16.45 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil Td 154/106, nadi 68x/menit. Suhu 36.5 °C SPO ₂ 98% RR : 19x/m memberikan klien diet rendah garam memberikan terapi oral nifedipin 4 x 10 mg.	S:klien mengatakan sakit kepalanya sudah berkurang, O: TTV : TD : 140/96 mmHg N : 87x/menit S : 37,0°C RR : 20 x/menit SPO ₂ : 96 %, tingkat kesadaran pasien composmentis, E:4, V:5, M:6=15, Keadaan umum baik, A: Perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, P : intervensi dilanjutkan.
2.			16.30 17.20 18.00	Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37°C, SPO ₂ 98% RR : 19x/m. jam Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan hasil P: luka post operasi <i>Sectio Caeserea</i> pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris, R: nyeri pada daerah <i>insisi</i> dinding abdomen, S: skala nyeri 4 kualias nyeri 6, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian perutnya, O: pasien tampak meringis, belum bisa mngontrol nyerinya skala nyeri 2 (kualitas 6), TTV : TD : 140/90 mmHg N : 87 x/menit S : 37.0 °C RR : 20x/menit SPO ₂ : 96 %, A : gangguan nyaman nyeri belum teratasi , P : Lanjutkan

			18.10	bertambah ketika bergerak. Penatalaksanaan Melayani injeksi ketorolax 30 mg/Iv dan Memberikan Paracetamol 3x500mg/oral, asmef 3x500 Edukasi kepada pasien saa nyeri tarik napas dalam	intervensi.
3.	Gangguan <i>integritas</i> kulit berhubungan dengan <i>insisi</i> dinding abdomen		18.20 16.10 17.00	Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil Td 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37.0 °C SPO ₂ 98% RR : 19x/m. Mengkaji keadaan luka dengan hasil luka tampak tertutup kasa + hipafix, Jam 17.00 Melayani terapi oral paracetamol 3x500 gram dan asmef 3x500mg. Memberikan klien minum dan makan dalam memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi sehingga mempercepat penyembuhan (hasil: pasien makan nasi, sayur, ikan, telur secara perlahan dihabiskan diet pasien rendah garam).	S : klien mengatakan masih nyeri pada area insisi dinding abdomen, O : Luka tampak tertutup kasa + hipafix, TTV :TD : 141/89 mmHg N : 87x/menit S : 37,5°C RR : 20 x/menit SPO ₂ : 96 %, A : gangguan <i>integritas</i> kulit belum teratasi , P : Lanjutkan intervensi.
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan luka <i>insisi</i> dinding abdomen		18.45 18.50 19.05	Membatasi pengunjung (didalam ruangan hanya 1 orang yang menemani klien dan jam istirahat tidak boleh berkunjung). Menganjurkan mengonsumsi telur 1 hari 3 butir. Memonitor tanda-tanda	S : Klien mengatakan nyeri pada area insisi dinding abdomen, O : Luka tampak tertutup kasa WBC 13.12 10 ³ /μL, Demam (-), skala nyeri (8), HGB dengan

			19.10	vital dengan hasil Td 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37.0 ^o C SPO ₂ 98% RR : 19x/m. Mengkaji keadaan luka dengan hasil luka tampak tertutup kasa + hipafix, tidak ada bau, edema (-) dan klien mengatakan tidak merasakan gatal pada area insisi dinding abdomen	kadar 11,8 mg/dl, cairan berbau busuk (-), TTV : TD : 141/89 mmHg, N : 87x/menit, S : 37,0 ^o C, RR : 20 x/menit, SPO ₂ : 96 %, A : Resiko infeksi tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi
5.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai Asi		19.00 19.15	Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37 ^o C, SPO ₂ 98% RR : 19x/m. Mengidentifikasi Asi klien dengan hasil : klien mengatakan Asi klien tidak keluar dan Melakukan palpasi pada payudara untuk mengeluarkan Asi dengan hasil : Asi tidak keluar.	S : klien mengatakan nyeri pada saat di palpasi payudaranya , O : Asi tidak keluar, tampak ada bendungan Asi, TD : 140/90 mmHg N : 87x/menit S : 37,0 ^o C RR : 20 x/menit SPO ₂ 96 %, A : menyusui tidak efektif belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi.
6.	Perubahan eliminasi urine		19.00 20.00 20.00	Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37 ^o C, SPO ₂ 98% RR : 19x/m. Memonitor eliminasi urine dengan hasil : Volume urine 500 ml warna kuning, terpasang kateter Mencatat waktu dan haluar berkemih dengan hasil 500 ml dan jam 06.00= 900 ml.	

7.	Aktifitas berhubungan dengan Nyeri Luka insisi dinding abdomen dan keterbatasan gerak karena terpasang infus pada kedua tangan serta kateter		<p>19.00</p> <p>20.00</p> <p>20.15</p>	<p>Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37°C, spo2 98% RR : 19x/m</p> <p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil klien mengeluh nyeri pada area insisi dinding abdomen dan kedua tangan pasien tampak terpasang infus RL drip + MgSo4 + oksitosin.</p> <p>Meminta klien untuk miringkan badan ke kiri dan ke kanan dengan hasil pasien bisa melakukannya dan juga meminta pasien untuk menggerakkan kedua kakinya dengan hasil kedua kakinya bisa digerakan</p>	<p>S : klien mengatakan nyeri pada saat di palpasi payudaranya ,</p> <p>O : Asi tida keluar, tampak ada bendungan Asi, TD : 140/90 mmHg N : 87x/menit S : 37,0°C RR : 20 x/menit SPO₂ 96 %,</p> <p>A : menyusui tidak efektif belum teratasi,</p> <p>P : Lanjutkan intervensi.</p>
8.	Ansetas berhubungan dengan krisisosial		<p>19.00</p> <p>19.05</p> <p>19.20</p>	<p>Melakukan pengukuran TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37°C, spo2 98% RR : 19x/m.</p> <p>Mengecek keadaan pasien</p> <p>Pasien Nampak cemas , kesadaran compasmentis</p> <p>Edukasi kepada pasien jangan banyak pikiran dan banyak berdoa.</p>	<p>S. pasien mengatakan dia cemas karna anaknya lahir tidak ada lubang anus</p> <p>O. pasien Nampak cemas, kesadaran compasmentis, TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37°C, spo2 98% RR : 19x/m.</p> <p>A. ansietas teratasi sebagian</p> <p>P. intervensi di lanjutkan</p>

Implementasi Hari Pertama

No	Diagnose keperawatan	Hari tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi	05 juni 2025	07.30 07.20 07.30	Melakukan TTV dengan hasil Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8 ⁰ C, SPO ₂ : 98%. RR: 20x/m. Memberikan terapi oral Nivedipine 3x500 mg. Edukasi ke pasien jangan banyak makan yang berminyak ² dan yang asin	S: klien mengatakan sudah tidak lagi sakit kepala, O: kesadaran Composmentis. 150/90 mmHg, nadi : 89x/m, Spo ₂ :96%, S: 36,8 ⁰ C, RR: 20x/m, A: Perfusi cerebral sebagian teratasi , P: intervensi di lanjutkan.
2.	Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan <i>insisi</i> dinding abdomen		07.20 07.30	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil : Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8 ⁰ C, SPO ₂ : 98%. RR: 20x/m.15.00 Mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil dengan karakteristik nyeri P: luka post operasi <i>Sectio Caeserea</i> pada dinding abdomen, Q: klien Mengatakan nyeri teriris – iris, R: nyeri pada daerah <i>insisi</i> dinding abdomen, skala nyeri dengan hasil : S: 2 dan kualitas nyeri 4, T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah	S: klien mengatakan rasa nyeri pada area <i>insisi</i> dinding abdomen berkurang O: skala nyeri 2, kualitas nyeri 4, TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SPO ₂ : 96% , S: 36,8 ⁰ C, A : Gangguan nyaman nyeri teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan.

			<p>08.10 ketika bergerak. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang memperberat nyeri dengan hasil : klien mengatakan faktor yang memperberat nyeri adalah cuaca yang panas. Jam</p> <p>08.20 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pada klien dengan hasil : klien mendengarkan dengan baik pada saat di berikan dan bisa mengulangi kembali apa yang sudah diajarkan</p> <p>08.30 Melayani terapi oral paracetamol dan asam mefenamat 3x500 mg.</p>	
3.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan insisi dinding abdomen		<p>07.30 Melakukan pengukuran TTV pada klien dengan hasil : Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8°C, SPO₂ : 98%. Mengkaji keadaan luka dengan hasil luka masih tertutup kasa+ hipafix.</p> <p>08.10 Memberikan terapi oral Paracetamol dan asam mefenamat 3x500mg.</p>	<p>S: klien mengatakan masih nyeri pada area <i>insisi</i> dinding abdomen</p> <p>O: tampak luka masih tertutup kasa + hipafix, TD : 150/90 mmHg, nadi : 89x/m, SPO₂ : 96%, S: 36,8°C, RR: 20x/m,</p> <p>A: Gangguan integritas kulit belum teratasi,</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>

				tampak serius pada saat diberikan edukasi dan bisa mensimulasikan lagi materi yang sudah diberikan walaupun tidak semuanya dijelaskan dengan baik dan teratur.	
6.	Perubahan eliminasi urine		<p>07.30 Melakukan pengukuran TTV dengan hasil Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8^oC, SPO₂ : 98%. RR: 20x/m</p> <p>07.35 Memonitor eliminasi urine klien dengan hasil : kateter sudah di lepas dan klien sudah dianjurkan untuk Bak spontan. Implementasi hari kedua dengan diagnosa ketujuh intoleransi aktifitas berhubungan dengan Nyeri Luka insisi dinding abdomen dan keterbatasan gerak karena terpasang infus pada kedua tangan serta kateter tindakan yang dilakukan ialah</p> <p>11.10 Mengidentifikasi nyeri dan keluhan lainnya dengan hasil : klien mengatakan masih nyeri dengan skala 2 dan kualitas nyeri 3 serta infus 2 jalur</p>	<p>S: klien mengatakan sangat nyaman karena kateter sudah di lepas ,</p> <p>O: klien tampak tenang , kateter sudah dilepas , TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SPO₂. : 96% , S: 36,8^oC,</p> <p>A: perubahan eliminasi urine teratasi, P : intervensi dihentikan.</p>	

			<p>12.00 sudah dilepas. Mengajarkan klien untuk ambulasi dini dengan hasil klien menyetujui untuk melakukan ambulasi dini yaitu dengan meminta klien untuk bangun secara perlahan dari tempat tidur sambil dibantu, duduk di sisi tempat tidur dan berdiri secara perlahan.</p> <p>12.10 Memonitor eliminasi urine klien dengan hasil : kateter sudah di lepas dan klien sudah dianjurkan untuk Bak spontan.</p>	
7.			<p>11.10 Mengidentifikasi nyeri dan keluhan lainnya dengan hasil : klien mengatakan masih nyeri dengan skala 2 dan kualitas nyeri 3 serta infus 2 jalur sudah dilepas.</p> <p>12.00 Mengajarkan klien untuk ambulasi dini dengan hasil klien menyetujui untuk melakukan ambulasi dini yaitu dengan meminta klien untuk bangun secara perlahan dari tempat tidur sambil dibantu, duduk di sisi tempat tidur dan berdiri secara perlahan</p>	<p>S: klien mengatakan bahwa dirinya sangat senang karena sudah bisa berjalan secara perlahan dari tempat tidurnya ke Wc, dan keluar untuk menghirup udara segar,</p> <p>O : klien tampak senang, tampak sudah bisa berjalan secara perlahan, klien tampak tenang , kateter sudah dilepas , TD: 150/90mmHg, nadi 89 x/m, RR: 19x/m, SPO₂. : 96% , S: 36,8⁰C,</p> <p>A: intoleransi aktifitas teratasi,</p>

					P: intervensi dihentikan.
8.	Anxietas berhungungan dengan krisis situasional		07.30	Melakukan pengukuran TTV dengan hasil Td: 150/90 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 36,8 ⁰ C, SPO ₂ : 98%. RR: 20x/m jam	S. pasien mengatakan dia cemas karna anaknya lahir tidak ada lubang anus O. pasien Nampak cemas, kesadaran compasmentis, TD dengan hasil 154/89, nadi 88x/menit. Suhu 37 ⁰ C, spo2 98% RR : 19x/m. A. ansietas teratasi P. intervensi di lanjutkan

No	Hari tanggal	Jam	Catatan perkembangan
1.	06 Juni 2025	07.00 10.00 10.30 10.50 10.00	Evaluasi S: -, O: kesadaran compocmentis, TTV : 120/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 ⁰ C RR : 18 x/menit SPO ₂ : 98 %, A: Perfusi cerebral sebagian teratasi , P : intervensi dilanjutkan. I: Melakukan pengukuran Tekanan darah dengan hasil 140/96 mmHg Melayani terapi oral nifedipine 3x500mg, Menganjurkan pasien untuk diet rendah garam, S:-, O: TD : 131/90 mmHg, suhu 37.0 ⁰ C, nadi : 85x/m, Spo2:98%, RR : 20x/m . A: Perfusi serebral efektif teratasi , P: interfensi dihentikan (pasien pulang hari ini).
2.		07.00 07.30 07.40 10.00 10.05	klien mengatakan masih merasakan nyeri, O : Nampak tenang, TTV : TD : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 ⁰ C RR : 18 x/menit SPO ₂ : 98 %, A : Gangguan nyaman nyeri teratasi sebagaian P : Lanjutkan intervensi. I :Melayani paracetamol dan asam mefenamat 3x500 mg/oral, Mengidentifikasi skala nyeri pasien dengan hasil : 3, Mengukur tekanan darah dengan hasil TD: 160/90

		11.00	mmHg. Melayani terapi oral Nifedipine 3x500 mg, S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri. O: Klien nampak tenang, karakteristik nyeri P: luka post operasi <i>Sectio Caeserea</i> pada dinding abdomen, Q: klien mengatakan nyeri teriris – iris, R: nyeri pada daerah <i>insisi</i> dinding abdomen, skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 2, kualitas nyeri 2, 11.30 T: klien mengatakan nyeri hilang muncul dan nyeri bertambah ketika bergerak. TTV : TD : 131/90 mmHg, nadi 85x/m, Spo2 : 98%, S: 36,8%, A : Gangguan Nyaman Nyeri teratasi, P : intervensi dihentikan Pasien rencana pulang hari ini Kolaborasi pemberian terapi oral paracetamol dan asam mefenamat 3x500m
3.		07.00	S : -, O :TTV : TD : 140/89 mmHg N : 77 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO ₂ : 98 %, A : Gangguan <i>integritas</i> kulit belum teratasi , P : Lanjutkan intervensi, 09.00 Menganjurkan klien untuk makan putih telur dengan tujuan untuk mempercepat poses pengeringan dan penyembuhan luka, minum obat sesuai dengan yang sudah dijelaskan dan menganjurkan untuk mobilisasi (jalan sekitar rumah) jika sudah dirumah nanti, S : -, O :warna luka merah muda, tidak ada bau, tidak bernanah, ukuran luka > 10 cm, luka sudah dibaluti kasa + hipafix, TTV : TD : 160/96 mmHg,N : 78 x/menit,S : 36,6 °C,RR : 19 x/menit, SPO ₂ : 99 %, 09.30 A : Gangguan <i>integritas</i> kulit teratasi P : intervensi dihentikan. Pasien hari ini direncanakan pulang dan 3 hari setelah keluar dari Rs perawatan luka dilanjutkan di puskesmas
4.		07.00	S: -, O : WBC 19,9 10 ³ / μL, Demam (-), nyeri menurun (3), HGB membaik dengan kadar 12.2 mg/dl, bengkak (-), TTV : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO ₂ : 98 % A : risiko infeksi tidak terjadi P : Lanjutkan Intervensi. 07.30 I : Melayani terapi oral paracetamol dan asam mefenamat 3x500, 08.50 Mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka

		09.00 09.35 11.00	<p>pada klien.</p> <p>Memberikan perawatan luka kepada klien dengan teknik steril,</p> <p>Menjelaskan tanda gejala infeksi pada klien dan keluarga.</p> <p>S: - ,</p> <p>O : Demam (-), nyeri menurun (3), HGB dengan kadar 12,2 mg/dl, bengkak (-), cairan berbau busuk (-) A : risiko infeksi tidak terjadi,</p> <p>P : interfesi dihentikan.</p>
5.		07.00 08.20 08.30 11.30.	<p>S: klien mengatakan tidak mau melakukan perawatan payudara dan klien mengatakan dirumah saja nanti dilakukan perawatan dan pijat oksytoxin oleh keluaranya,</p> <p>O: klien tampak tenang, TTV : TD : 140/89 mmHg N : 78 x/menit S : 36,6 °C RR : 18 x/menit SPO₂ : 98 % A: menyusui tidak efektif teratasi sebagian,</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <p>I : Mengidentifikasi tentang pemahaman klien dan keluarga tentang perawatan payudara dan pijat oxytocin dengan hasil keluarga bisa menjelaskan kembali sesuai yang sudah di ajarkan kemarin. Jam</p> <p>S :-</p> <p>O: klien dan keluarga tampak bisa menjelaskan kembali tentang perawatan payudara dan pijat oxytocin . A: menyusui efektif teratasi sebagian</p> <p>P : interfensi dilanjutkan di rumah Pasien rencana pulang hari inic.</p>
6.	Ansietas		<p>S: -</p> <p>O:klien tampak tenang ketika dilakukan pengukuran tekanan darah</p> <p>A: Ansietas teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256 Fax (0380) 8800256;
Email: poltekeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Magdalena Risna Wanti

Nim : PO5303202220048

Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep,Ns.,MSc.

No.	Hari / Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Rabu 28-05- 2025	1. Mencerita pasien 2. Melanjutkan pengetikan	f
2.	Senin 6- 06 -2025	1. Perbaiki riwayat penulisan keluhan utama 2. Perbaiki riwayat kesehatan masa lalu 3. Menanyakan kepada pasien nutrisi saat hamil 4. Perbaiki penulisan diagnosa medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya 5. Menanyakan pada pasien pernah mengikut KB atau tidak 6. Perbaiki pola nutrisi saat sebelum sakit dan saat sakit 7. Menanyakan pada pasien sebelumnya	f

		<p>melahirkan secara normal atau SC</p> <p>8. Aktivitas sebelum dan sesudah sakit seperti apa</p> <p>9. Perbaiki pemeriksaan fisik</p> <p>10. Perbaiki analisa data</p>	
3.	Rabu 4-06-2025	<p>1. Lanjutkan pembahasan</p> <p>2. Tambahkan jurnal</p> <p>3. Tambahkan tabel analisa data</p> <p>4. Perbaiki di pengobatan</p>	+
4.	Kamis 5-06-2025	<p>1. Kesenjangan antara teori dan kasus</p> <p>2. Intervensi ada beberapa yang ada dalam kasus dan teori</p> <p>3. Buat PPT</p>	+

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomed, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256



Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com




LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL

Nama : Magdalena Risna Wanti

Nim : PO5303202220048

Nama Pembimbing : Marthina Bedho, SST, M. Kes

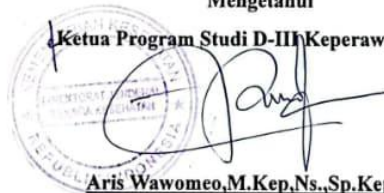
No.	Hari / Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	paraf
1.	Selasa 11-03-2025	1. bimbingan preeklampsia bagi (%) 2. hitung ulang prevalensi 3. tambahkan akses daftar pustaka 4. akses daftar pustaka 5. cairan yang masuk dan cairan keluar	
2.	Senin 23- 12-2025	1. tambahkan manifestasi klinis 2. tambahkan pengobatan di penatalaksanaan perawatan nifas 3. belajar diet rendah garam	

		4. cairan yang masuk dan cairan yang keluar mana lebih banyak 5. belajar sistem peredaran darah	
3.	Rabu 22-03-2025	1. tambahkan preeklampsia di kabupaten ende 2. kenapa PEB bisa menyebabkan hipertensi 3. boleh urus surat untuk mengambil kasus dan pertanggung jawabkan 2 poin di atas	
4.	kamis 23-03-2025	1. Acc proposal turun ambil kasus	

Kamis 23,03,2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256 Fax (0380) 8800256;
Email: poltekeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL DAN KTI

Nama : Magdalena Risna Wanti

Nim : Po5303202220048

Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep,Ns.,Msc.

No.	Hari / Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	paraf
1.	selasa 24 -09 2024	1. Tambahkan Data dari rumah sakit diruangan nifas 2. Melakukan surevey di ruangan nifas 3. Tambahkan dampak preeklampsia	
2.	senin 23- 12-2024	1. Perbaiki pengetikan 2. Tambahkan daftar isi sesuai materi 3. Menyimpulkan latar belakang 4. Tujuan umum sesuai judul 5. Riwayat kesehatan melengkapi 6. Perbaiki analisa data	
3.	Rabu 22-03-2025	1. Perbaiki pengetikan 2. Perbaiki intervensi	

		3. Tambahkan tabel di analisa data	
4.	kamis 23-03-2025	1. Lanjut kerja PPT	1.

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama : Magdalena Risna Wanti

Nim : PO5303202220048

Nama Pembimbing : Marthina Bedho, SST, M. Kes

NO	Hari / tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf
1.	Kamis 26-6-2025	1. Perbaikan pengetikan	
2.	Jumat 4-07-2025	1. Acc Jilid	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data diri

Nama : Magdalena Risna Wanti
Tempat Tanggal Lahir : Wololera, 12 November 2002
Alamat : Nakawoda
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK Detubela
2. SMPN 1 Welamosa
3. SMAN Welamosa
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang : 2022-2025
Program Studi DIII Keperawatan Ende

MOTTO

**SERAHKAN PERBUATANMU KEPADA TUHAN MAKA
TERLAKSANALAH SEGALA RENCANAMU**
Amsal 16.3