

## Lampiran 1

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : *Utia Fitriyanti*

Umur : *27 tahun*

Agama : *Islam*

Pekerjaan : *wiraswasta*

Alamat : *Jl. kyai suyuti Rt 03 Rw 13 pianjan, kesugihan.*

Sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap :

Nama Mahasiswa : *Qonita Nur Salsabila*

NIM : *106121052*

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 19 juni 2024



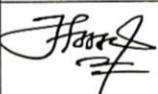
*Utia Fitriyanti*

## Lampiran 2

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	27/5/2024	Later lapangan di buat dg alur seperti piramida terbalik. - Lohlab + aring di fctif un ring - DAB 2 perbaiki sesuai gambar	
2	28/5/2024	Perbaiki later lapangan - Tambahkan data + hasil penelitian testant Akl dan penerapan telekran tenson.	
3	3/6/2024	Perbaiki gambar tran - Perbaiki DAB 3.	
4	4/6/2024	Konsultan lengkap	
5	05/6/2024	Ace up on proposal KTI	

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	7/6/2014	Perbaikan kerangka teori dan Typing error	

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	25/6/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki arkr.</li> <li>- Perbaiki VAD 9 - 5.</li> </ul>	
	27/6/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pemboresan</li> <li>- Kontrol lengkap.</li> </ul>	
	28/6/2019	Acc laporan hasil KTI	

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	27/6/2014	Konsul askep	 1/1/1/1/1/1 ✓

## Lampiran 3

**PENGAJIAN IBU POST PARTUM**

## A. Pengkajian Post partum

Nama Mahasiswa : .....NIM : .....

Tempat praktik : ..... Tanggal : .....

## a. Data Umum

## 1. Identitas klien :

Nama :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Agama :

Suku bangsa :

Status perkawinan :

Pendidikan terakhir :

## 2. Identitas Penanggung jawab

Nama :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Agama :

Hubungan dengan klien :

## b. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk rumah sakit :
  
2. Riwayat Kesehatan sekarang :
  
3. Riwayat penyakit dahulu :
  
4. Riwayat penyakit keluarga :
  
5. genogram :

## c. Data Kesehatan

## 1. Data Obstetri

Nifas hari ke ..... P.... A....

Menarcho .....

Menstruasi : Siklus.....hari

Lama perdarahan.....hari

Keluhan .....

Status Anak

No	Tipe Persalinan	Jenis Kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur Anak Sekarang

2. Riwayat Kehamilan Sekarang:

3. Riwayat Persalinan Sekarang :

4. Laporan Operasi :

5. Riwayat KB :

6. Rencana KB :

d. Pola Fungsional menurut Gordon

1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan :

2. Pola nutrisi dan metabolisme :

3. Pola eliminasi :

4. Pola aktivitas dan latihan :

<b>Pola Aktivitas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan-minum					
Mandi					
Berpakaian					
BAB/BAK					
Mobilisasi					

Ket : 0 = Mandiri

1 = dengan bantuan orang lain

2 = dengan bantuan alat

3 = dengan bantuan alat dan orang lain

4 = ketergantungan penuh

5. Pola kognitif perseptual :

6. Pola persepsi diri :

7. Pola seksualitas dan reproduksi :

8. Pola mekanisme coping dan toleransi stress :

9. Pola istirahat-tidur :
  10. Pola nilai dan keyakinan :
  11. Pola hubungan peran :
- e. Data Psikososial
1. Adaptasi psikologis (Reva Rubin) :
  2. Bounding Attachment :
- f. Pemeriksaan Fisik
1. Data Klinis
    - a. Keadaan umum :
    - b. Kesadaran :
    - c. Tanda-tanda vital  
TD :  
Suhu :  
Nadi :  
RR :
  2. Pemeriksaan fisik head to toe
    - a. Kepala :
    - b. Rambut :
    - c. Mata :
    - d. Hidung :
    - e. Mulut dan tenggorokan :
    - f. Telinga :
    - g. Leher :

- h. Dada :
- i. Payudara : Keadaan umum..... , puting  
....., ASI sudah keluar/belum
- j. Abdomen  
Keadaan : lembek / distensi / lain-lain .....
- Fundus Uteri:  
Tinggi .....  
Posisi .....  
Kontraksi .....  
Diastasis rectus abdominis, Panjang.....cm  
lebar.....cm
- k. Genetalia  
Jumlah : .....  
Warna :.....  
Konsistensi :.....  
Bau : .....  
REEDA : .....  
Hemorroid .....
- l. Ekstremitas : edema ....., varises .....  
Tanda Homan's .....
- m. Integumen : Chloasma .....

## g. Data Penunjang dan terapi

Lab :

Rontgent/USG :

Terapi :

## h. Data bayi

Lahir tgl ..... jam .....

Berat Badan .....gram, Panjang badan .....

Lingkar Kepala ..... cm, Lingkar Dada .....cm

Kelainan .....

## Lampiran 4

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)****TEKNIK RELAKSASI BENSON**

Pengertian	Relaksasi benson adalah gabungan relaksasi nafas dalam dan menggabungkan kata kata dengan keyakinan yang dianut individu
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan perasaan nyaman</li> <li>b. Menurunkan tekanan darah</li> <li>c. Memberikan ketenangan</li> <li>d. Mengurangi ketegangan</li> </ul>
Indikasi	Pasien dengan gangguan ketidaknyamanan, nyeri, cemas stress, tekanan darah tinggi
Tahap persiapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pastikan identitas pasien</li> <li>b. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien.</li> </ul>
Persiapan lingkungan	Atur lingkungan nyaman mungkin dan setenang mungkin agar klien mudah berkonsentrasi
Tahap kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan salam, dan perkenalan diri.</li> <li>b. Memvalidasi kondisi pasien.</li> <li>c. Menjaga privasi pasien.</li> <li>d. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>e. Memilih kalimat istighfar untuk diucapkan setelah teknik nafas dalam</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Mengajarkan pasien untuk mengambil posisi yang nyaman</li> <li>g. Instruksikan pasien untuk memejamkan mata</li> <li>h. Instruksikan pasien agar tenang dan mengendorkan otot-otot tubuh dari ujung kaki sampai dengan otot wajah dan rasakan rileks.</li> <li>i. Instruksikan kepada pasien agar menarik nafas dalam lewat hidung, tahan 3 detik lalu hembuskan lewat mulut disertai dengan mengucapkan kata Astaghfirullahaladzim.</li> <li>j. Instruksikan pasien untuk membuang pikiran negatif, dan tetap fokus pada nafas dalam dan kata yang diucapkan.</li> <li>k. Lakukan selama 10-15 menit</li> <li>l. Instruksikan pasien untuk mengakhiri relaksasi dengan tetap menutup mata selama 2 menit, lalu membukanya secara perlahan.</li> </ul>
Tahap terminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi perasaan pasien.</li> <li>b. Lakukan kontrak pertemuan selanjutnya.</li> <li>c. Akhiri dengan salam.</li> </ul>

## Lampiran 5

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)****TEKNIK MENYUSUI**

Pengertian	Teknik menyusui adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan posisi perlekatan ibu dan bayi yang benar.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar bonding antara ibu dan bayi terjalin dengan baik</li> <li>2. Untuk menghindari terjadinya risiko puting lecet</li> </ol>
Indikasi	Pada pasien dengan dengan kelahiran anak pertama
Tahap persiapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan identitas pasien</li> <li>2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien</li> <li>4. Anjurkan pasien dalam keadaan duduk santai</li> </ol>
Persiapan lingkungan dan alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memilih tempat menyusui yang membuat ibu dan bayi nyaman</li> <li>2. Mengatur posisi yang disukai pasien (nyaman dan benar)</li> </ol>
Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum menyusui bayinya.</li> <li>2. Memilih tempat menyusui yang membuat ibu dan bayi nyaman.</li> <li>3. Mengatur posisi menyusui yang disukai ibu (duduk, berbaring, football hold) dengan benar. Apapun posisi menyusui yang dipilih ibu, posisi kepala dan badan bayi harus dalam satu garis lurus</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Mengkondisikan fisik dan pikiran ibu rileks, santai dan nyaman saat mulai dan selama proses menyusui.</li><li>5. Memposisikan puting susu diatas bibir atas bayi dan berhadapan- hadapan dengan hidung bayi. Cara memasukkan puting susu ibu dengan menelusuri langit-langit mulut bayi. Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar.</li><li>6. Setelah bayi menyusui atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga. Agar hidung bayi tidak tertekan ke payudara ibu dapat dilakukan dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu.</li><li>7. Untuk memperkuat bonding, ibu menatap bayi saat menyusui dan tangan ibu yang bebas dipergunakan untuk mengelus-elus bayi.</li><li>8. Bayi yang sehat akan menyusui selama 5-15 menit. Menyusui bayi minimal 10 kali sehari.</li><li>9. Menyusui bayinya setiap saat bayi menginginkan (on demand), menyusui bayi tidak perlu di jadwal, sehingga tindakan menyusui bayi dilakukan setiap saat bayi membutuhkan</li><li>10. Menyusui di kedua payudara secara bergantian untuk</li></ol>
--	--

	<p>menghindari ASI tertumpuk pada salah satu payudara yang bisa menyebabkan nyeri atau pancaran payudara terlalu deras saat disusukan.</p> <p>11. Melepas isapan bayi dengan cara jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut bayi atau dagu bayi ditekan ke bawah.</p> <p>12. Menyendawakan bayi untuk menghindari muntah dengan cara bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu atau didudukkan tegak di pangkuan ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan atau diusap. Jika bayi tertidur dan tidak memungkinkan disendawakan dengan cara diatas, bayi dapat ditidurkan dengan posisi miring kemudian punggung ditepuk perlahan atau diusap.</p>
Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi perasaan pasien.</li> <li>2. Lakukan kontrak pertemuan selanjutnya.</li> <li>3. Akhiri dengan salam.</li> </ol>

## Lampiran 6

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)****MASASE UTERUS**

Pengertian	Masase adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamen tanpa penyebab pergeseran atau perubahan posisi sendi untuk menurunkan nyeri dan menghasilkan relaksasi dan latihan meningkatkan sirkulasi. Massase uterus dilakukan segera setelah plasenta dan selaputnya dikeluarkan agar menimbulkan kontraksi
Tujuan	Untuk meningkatkan kontraksi, sehingga dapat mengurangi risiko perdarahan Postpartum.
Indikasi	Pada pasien yang tidak mengalami kontraksi uterus
Tahap persiapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar Informed Consent.</li> <li>2. Lembar Observasi.</li> <li>3. Persiapan responden</li> </ol>
Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum tindakan</li> <li>2. Atur posisi pasien</li> <li>3. Letakan tangan diatas fundus uterus</li> <li>4. Pijat dengan pelan sedikit ditekan memutar searah jarum jam</li> <li>5. Melakukan penilaian dan masase fundus uterus</li> <li>6. Observasi ada tidaknya kotraksi uterus</li> <li>7. Perhatikan berapa banyaknya darah yang keluar dari</li> </ol>

	<p>vagina</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Mencatat hasil pengukuran</li><li>9. Mencuci tangan</li></ol>
<p>Tahap terminasi</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi perasaan pasien.</li><li>2. Lakukan kontrak pertemuan selanjutnya.</li><li>3. Akhiri dengan salam.</li></ol>

## Lampiran 7



**PENGKAJIAN IBU POST PARTUM**

---

Nama Mahasiswa : Qonita Nur Salsabita      NIM : 106121052  
 Tempat praktik : RSI Fatimah Cilacap      Tanggal : 19 Juni 2024

---

**a. Data Umum**

**1. Identitas klien**

Nama : Ny. U  
 Umur : 27 tahun  
 Alamat : Jl. Kyai Suyuti, Planjan  
 Pekerjaan : Wiraswasta  
 Agama : Islam  
 Suku Bangsa : Jawa  
 Status Perkawinan : Menikah  
 Pendidikan terakhir : S1 hukum

**2. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Tn B  
 Umur : 30 tahun  
 Alamat : Jl. Kyai Suyuti, Planjan  
 Pekerjaan : wiraswasta  
 Agama : Islam  
 Hubungan dengan klien : Suami

---

**b. Riwayat kesehatan**

1. Alasan Masuk Rumah Sakit : Ny. U datang ke IGD tanggal 18 Juni 2024 dengan G1P0A0. Keluhan kencing-kencing, keluar lendir, puel mules-mules dan pembukaan 1.

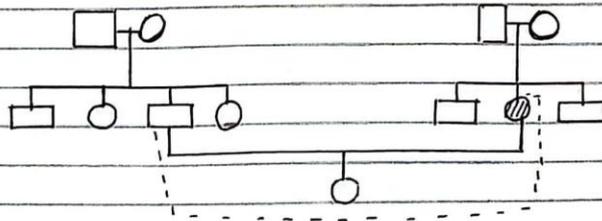
2. Riwayat Kesehatan Sekarang : Post partum spontan P1A0 dengan laserasi perineum grade 2. pasien mengeluh tidak nyaman pada bagian jahitan perineum. pasien mengatakan belum merasakan kontraksi dan saat dipalpasi uterus terasa lembek. Setelah dilakukan masase uterus, abdomen distensi dan uterus berkontraksi



3. Riwayat penyakit dahulu : Tidak mempunyai riwayat penyakit sebelumnya

4. Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga.

5. Genogram



Keterangan

□ : Laki-laki                      - - - - - : garis serumah  
 ○ : Perempuan                    | : garis keturunan  
 ⊗ : Pasien

### C. Data kesehatan

#### 1. Data Obstetri

Nifas hari ke 0 PIAD

Menarche : 15 tahun.

Menstruasi : Siklus 28 hari

Lama perdarahan 7 hari

Keluhan : nyeri perut saat hari 1-2 haid.

#### Status Anak

No	Tipe Persalinan	Jenis kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur anak sekarang
1	Spontan	Perempuan	2.950 gram	-	0 hari

2. Riwayat kehamilan sekarang : Ny-U rutin kontrol ke bidan dekat rumah, lahir melewati hpl yaitu 19 Juni 2024.

3. Riwayat Persalinan sekarang

1. jenis persalinan : spontan, tanggal 19 Juni 2024, pukul 07-20 WIB

2. Jenis kelamin : Perempuan, BB 2.950 gram, panjang 48 cm

3. jumlah darah yang keluar : 80 ml.

4. Laporan operasi : -

5. Riwayat KB : -

6. Rencana KB : Masih didiskusikan dengan keluarga.

d. Pola fungsional menurut Gordon

1. Pola pelaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Ny.u rutin memeriksakan kandungan ke bidan setempat

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Selama kehamilan ny.u mengkonsumsi makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil. Setelah melahirkan ny.u mengkonsumsi makanan yang diberikan dari rumah sakit.

3. Pola eliminasi

Setelah melahirkan ny.u belum BAB karena masih sakit

4. Pola aktivitas

Setelah melahirkan ny.u latihan untuk duduk, jalan-jalan sedikit. dan masih memerlukan bantuan

Pola Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan - minum		✓			
Mandi		✓			
Berpakaian		✓			
BAB/BAK		✓			
Mobilisasi		✓			

Keterangan : 0 = mandiri

1 : dengan bantuan orang lain.

2 : dengan bantuan alat

3 : dengan bantuan alat dan orang lain

4 : ketergantungan penuh

5. Pola kognitif perseptual

Pasien merasakan nyeri dan tidak nyaman pada bagian perineum dan cemas terhadap ASI yang belum keluar

6. Pola persepsi diri

pasien mengatakan ingin ASI cepat keluar dan bisa memberikan untuk bayinya. → harga diri

Ideal diri : Ny.u mengatakan bersyukur dengan keadaannya saat ini

Peran diri : Ny.u mengetahui perannya sebagai ibu dan istri

7. Pola seksualitas dan reproduksi

Saat usia kandungan 9 bulan sering melakukan hubungan suami istri setelah menjukan dan sebelum jauh dari suami sering melakukan hubungan suami istri.

8. pola mekanisme coping dan toleransi stress.

Ny.u jika ada masalah selalu berdiskusi dan menyelesaikan dengan suami walaupun terkendala jarak kerja suami

9. pola istirahat-tidur

Selama dirawat Ny.u mengatakan sulit tidur.

10. pola nilai dan keyakinan

Pasien jika sakit mengucapkan Istighfar dan selalu beribadah namun setelah melahirkan tidak beribadah karena masih nifas.

Ny.u yakin akan sembuh.

11. pola hubungan peran

pasien berperan sebagai ibu dan istri di keluarganya.

e. data psikososial

1. Adaptasi Psikologis (Reva Rubin)

fase taking in terjadi pada hari pertama, kondisi ibu masih bergantung pada orang lain, ibu khawatir pada perubahan keluarga dan membutuhkan ketenangan untuk tidur.

2. Bounding attachment

Rawat gabung dengan bayi,

f. Pemeriksaan fisik

1. Data klinis

a. keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Compos mentis Gcs = 15

c. Tanda-tanda vital

TD : 110/68

suhu : 36

Nadi : 98

RR : 21 x/menit

2. Pemeriksaan fisik head to toe

a. kepala : Bentuk simetris, tidak ada keluhao

b. Rambut : Bersih, hitam

c. Mata : Gerakan simetris, menggunakan kacamata.

d. Hidung : tidak ada alergi

e. Mulut dan tenggorokan : bibir kering, gigi bersih, tidak ada kesulitan menelan

f. Telinga : Bersih

g. leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.



h. Dada : Simetris, tidak ada nyeri tekan

i. Payudara : Keadaan umum baik, bersih, tidak bengkak  
puting menonjol, ASI belum keluar

j. Abdomen :

Keadaan : distensi

Fundus Uteri

Tinggi : 1 jari di bawah pusat

posisi : di bawah umbilikus

kontraksi : kuat

Diastasis rectus abdominis, panjang 18 cm cm

lebar 9 cm cm

k. Genitalia

Jumlah : Setengah pampers

Warna : merah pekat

konsistensi : cair

Bau : Amis

REEDA :-Redness (+)

- Edema (-)

- Ecchymosis (-)

- Discharge (+)

- Approximasi (-)

Hemoroid : Tidak ada

l. Ekstremitas : edema (-), varises tidak ada

tanda homan's : (-)

g. Data bayi

Lahir tanggal 19 Juni 2024 jam 07.20 WIB

Berat badan 2.950 gram

panjang badan 48 cm

lingkar kepala 31 cm

lingkar dada 31 cm

kelainan tidak ada.



## h. Data penunjang dan terapi

## Lab

Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hemoglobin	12,3	12 - 16	g/dL
Leukosit	11.900	4.000 - 10000	$10^3$ /ul
Hematokrit	38,5	36 - 48	%
Trombosit	203000	150.000 - 450.000	$1^3$ /ul
Eritrosit	4,57	4.00 - 5.00	$10^6$ /ul
HJL			
Eosinofil	1,9	1 - 5	%
Neutrofil	82,2	50 - 70	%
Basofil	0,2	0 - 1	%
Limfosit	12,1	25 - 40	%
Monosit	4,1	2 - 8	%
MCV	89,2	79.0 - 108	fL
MCH	37,0	25 - 35	pg
MCHC	32,0	30.0 - 36.0	%
HBSAG	Negative	negative	
Gula Darah sewaktu	79	60 - 200	mg/dL

## Terapi

- Asam mefenamat 500 gram 3 x 1
- tablet tambah darah 1 x 1



## Analisa Data.

Data	Etiologi	Problem
	Komplikasi pasca partum	Risiko Perdarahan
Ds : - pasien mengatakan merasa tidak nyaman pada bagian jahitan perineum - pasien mengatakan tidak nyaman saat kontraksi uterus Do : - pasien tampak meringis - uterus terasa keras - terdapat laserasi perineum grade 2 - TD : 111 / 69 mm Hg - N : 97 x / menit	- Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran - Invasi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula.	Ketidannyamanan pasca partum
Ds : - pasien mengatakan setelah dipindahkan keruangan bayi belum menyusui - pasien mengatakan belum tau cara menyusui dengan benar Do : - pasien tampak belum mengetahui cara memegang bayi dengan benar.	kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan tentang menyusui
	Efek prosedur infasif	Risiko infeksi



## Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perdarahan d.d. komplikasi pasca partum
2. Ketidanyamanan pasca partum b.d. trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula d.d. pasien mengeluh tidak nyaman pada bagian perineum karena jahitan, pasien mengeluh tidak nyaman saat kontraksi uterus, pasien tampak meringis, uterus terasa keras, terdapat lacerasi perineum grade 2, TD 111/69 mmHg, Nadi 97 x/menit.
3. Defisit pengetahuan tentang menyusui b.d. kurang terpapar informasi d.d. pasien mengatakan setelah dipindahkan keruangan bayi belum menyusui, pasien mengatakan belum mengetahui cara menyusui dengan benar, pasien tampak belum mengetahui cara memegang bayi dengan benar.
4. Risiko Infeksi d.d. efek prosedur invasif.

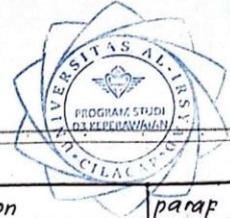


## Intervensi Keperawatan

SDKI	SUKI	SIKI
Risiko Perdarahan d.d. komplikasi pasca partum	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x24 Jam diharapkan tingkat Perdarahan menurun dengan kriteria hasil: 1. Distensi abdomen meningkat (S) - IR (3) 2. Perdarahan vagina menurun (S) - IR (4) 3. Tekanan darah membaik (S) - IR (4)	Perawatan pasca persalinan Tindakan Observasi - Monitor tanda-tanda vital. - Monitor keadaan lochia - Monitor tanda homan Terapeutik - Masase fundus sampai kontraksi kuat Edukasi - jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga - Ajarkan ibu mengatasi nyeri dengan non farmakologi
Ketidanyamanan pasca partum b.d. trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, Involusi uterus, proses Pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Status kenyamanan pasca partum meningkat dengan kriteria hasil : 1) keluhan tidak nyaman menurun (S) - IR (3) 2. Meringis menurun (S) (IR) (4) 3. Kontraksi uterus meningkat (S) - (IR) - (3) 4. Tekanan darah menurun (S) - IR (4) 5. Frekuensi nadi menurun (S) - IR (4)	Terapi Relaksasi Tindakan Observasi - Periksa ketegangan otot, Frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Monitor respon terhadap terapi relaksasi Edukasi - jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia - jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - anjurkan mengambil posisi nyaman.



SDKI	SLKI	SIKI
		- Anjurkan rileks dan merasakan sensasi rileksasi - Anjurkan sering menguangi, atau melatih teknik yang dipilih.
Defisit pengetahuan tentang menyusui b.d. kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x24jam di harapkan tingkat Pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (S) - (R (A)) 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (S) - (R (A)) 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (S) - (R (A))	Edukasi nutrisi bagi Tindakan - Identifikasi kesiapan dan kemampuan ibu atau Pengasuh menerima Informasi - Edukasi teknik menyusui - Edukasi nutrisi untuk ibu menyusui
Risiko Infeksi d-d efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x24 jam di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. kebersihan badan meningkat (S) - (R (A)) 2. Nyeri menurun (S) - (R (A)) 3. kemerahan menurun (S) - (R (A))	Perawatan perineum Tindakan - Inspeksi insisi atau robekan perineum Edukasi - Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum - Edukasi perawatan perineum



## Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi respon	paraf
19/06/2024	Risiko perdarahan	- Melakukan masase Fundus sampai kontraksi kuat	S= pasien mengatakan merasakan kontraksi O= pasien tampak meringis.	⌘
13.15 WIB				
13.20		- memonitor keadaan lokia.	S= pasien mengatakan merasakan ada darah yang keluar O= -	⌘
13.25		- memonitor tanda homan	S= pasien tidak merasakan sakit saat dilakukan pemeriksaan O= tanda homan negatif	⌘
13.30		- Menjelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga (melakukan edukasi terkait lokia dan kontraksi uterus)	S= pasien mengatakan paham O= pasien tampak paham	⌘
13.40		- Mengajarkan ibu mengatasi nyeri secara non farmakologi (melakukan edukasi napas dalam saat kontraksi uterus)	S= pasien mengatakan paham dan lebih rileks O= pasien tampak melakukannya	⌘



Tgl/jam	Dx - keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	paraf
19/16/29	Ketidaknyamanan	-Memeriksa tanda-tanda	S = -	
19.50-18	Pasca partum (C.D.0075)	Vital	O = TD : 111/69 mm Hg N = 97 x/menit S = 36,5 °C RR = 20 x/menit	✍
15.00		- Melakukan implementasi teknik relaksasi benson. - menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia - menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - mencontohkan teknik relaksasi benson - menganjurkan mengambil posisi nyaman dan rileks - pimpin implementasi	S = pasien mengatakan lebih nyaman dan lebih rileks badan dan pikirannya O = pasien tampak nyaman	✍
15-30		- Monitor tanda-tanda vital	S = O = TD = 99/66 mmHg N = 99 x/menit S = 36,7 °C RR = 20 x/menit	✍
15.40		- melakukan implementasi teknik relaksasi benson.	S = pasien mengatakan kembali lebih nyaman O = pasien tampak rileks.	✍



## Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
19/06/29 17.00	Defisit pengetahuan tentang menyusui	- mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan ibu atau pengasuh menerima informasi	S: pasien mengatakan siap O: pasien tampak mendengarkan informasi yang diberikan	
17.05		- mengajarkan teknik menyusui dengan benar	S: pasien mengatakan paham O: pasien tampak melakukannya	
17.25		- melakukan breast care	S: pasien mengatakan nyaman dan akan mempraktekannya ketika di rumah O: pasien tampak nyaman dan kooperatif	





## Evaluasi Keperawatan.

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
19 Juni 2024 19.00 WIB	Risiko perdarahan d-d. komplikasi pasca partum	S: Pasien mengalami kontraksi muncul setelah dilakukan masase uterus  O: - pasien mengatakan darah masih keluar namun tidak banyak  O: - pasien tampak meringis saat uterus berkontraksi dan rileks saat melakukan teknik relaksasi.  - tanda homan negatif  A: Masalah teratasi 1. Distensi abdomen (s) 2. perdarahan abdomen (s) 3. Tekanan darah (s)  P: Hentikan intervensi 1. tetap lakukan masase uterus	78 Bonita.
19 Juni 2024 16.00	Ketidaknyamanan pasca partum b-d. trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, Invasi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula.	S: pasien mengatakan nyaman dan rileks setelah dilakukan teknik relaksasi benson  O: pasien tampak tenang TD = 99/69 mmHg N = 99 x 1menit.  A: Masalah teratasi 1. keluhan tidak nyaman (s) 2. Meringis (s) 3. kontraksi uterus (s) 4. Tekanan darah (s) 5. Frekuensi nadi (s)  P: Hentikan Intervensi 1. Melakukan teknik relaksasi benson jika muncul ketidaknyamanan.	78 Bonita.



Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
19 Juni 2019 18:00 WIB	Defisit pengetahuan tentang menyusui b.d. kurang terpapar Informasi	S: pasien mengatakan sangat paham atas edukasi yang telah diberikan. D: pasien tampak melakukan kembali apa yang telah dipelaskan. A: Masalah teratasi 1. Perilaku sesuai anjuran (5) 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan (5) 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik (5) P: Hentikan Intervensi 1. Mempraktikkan edukasi yang diberikan	<del>St</del> Sonita.
20 Juni 2019 07:30 WIB	Risiko Infeksi d.d. efek prosedur invasif	S: pasien mengatakan paham pahal perawatan perineum yang benar O: pasien mendemonstrasikan kembali tentang cara merawat perineum A: Masalah teratasi 1. Kebersihan badan (5) 2. Kemerahan (5) 3. Nyeri (5) P: Hentikan Intervensi 1. Perawatan perineum dirumah.	<del>St</del> Sonita.