

## Lampiran 1

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**  
**TEKNIK IMAJINASI TERBIMBING**

Pengertian	Imajinasi terbimbing adalah bentuk terapi relaksasi yang melibatkan proses membayangkan hal yang dapat membuat seseorang merasa bahagia dan rileks
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencapai kondisi relaksasi</li> <li>b. Menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat</li> <li>c. Mengurangi nyeri</li> </ul>
Indikasi	Pasien dengan gangguan, nyeri, cemas stress, ketidaknyamanan, 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. Membaca basmallah</li> <li>b. Mengatur posisi yang nyaman</li> <li>c. Meminta pasien untuk melonggarkan pakaian</li> <li>d. Meminta pasien untuk memejamkan mata</li> <li>e. Meminta pasien untuk menarik nafas dalam dengan pelan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Meminta pasien untuk merasakan tubuh menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala sampai ujung kaki</li> <li>g. Meminta pasien untuk memikirkan seolah-olah pergi ke suatu tempat yang menyenangkan dan merasa senang di tempat tersebut</li> <li>h. Meminta pasien untuk menyebutkan apa yang bisa dilihat, didengar, cium dan apa yang dirasakan</li> <li>i. Meminta pasien untuk menarik nafas panjang beberapa kali dan nikmati berada di tempat tersebut</li> <li>j. Meminta pasien untuk mengingat bahwa pasien dapat kembali ke tempat itu</li> <li>k. Meminta pasien untuk mengatakan dalam hatinya “saya dapat rileks dan nyaman” (berulang-ulang)</li> <li>l. Meminta pasien membuka mata secara perlahan</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Tahap terminasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi tindakan</li> <li>b. Menganjurkan pasien mengulang teknik ini bila merasa nyeri</li> <li>c. Berpamitan</li> </ul>

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN / INFORMED CONSENT**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Fiena

Umur : 24 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat : Jl. Kebon Jati RT 04/ RW02

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 : Nur Faizah

NIM : 106121039

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.




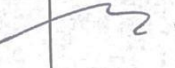

Cilacap, 19 Juni 2024







.....

## Lampiran 3




LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	30/5/2024	Konsul judul  Konsul bab 1 - - Sistematis kerucut terbalik - - validasi sumber. - Implementasi masyarakat relasi = imajinasi terbalik	 
	31/5/2024	Konsul revisi bab 1  Konsul bab 2.	
	3/6/2024	Konsul revisi bab 1  Konsul bab 2.	
	4/6/2024	- Perbaiki penulisan - validasi sumber  Bab 3. - Kriteria inklusi - Penjelasan etika peneliti.	



## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	5/6-2024	Konsul bab 1-3. - perbaiki penulisan - angus & perbaiki cara penulisan - tools & alat sesuai panduan	
	7/6-2024	- Ubahin salah 1 klt - Tambahan materi di PAB 2 - Ubahin PAB 3. - Next focus loglog.	
	10/6-2024	Konsul loglog Acc Ujian proposal KTI	
	10/6-2024	Acc ujian proposal KTI	

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	28/6-2024	Konsul askep. - Adaptasi curi pelabuan di pengolahan paku	
	26/6-2024	Konsul bab 4 → perbaiki penulisan → buat pembahasan	
	27/6-2024.	Konsul bab 4 & 5 Pembahasan & penulisan	

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	28/6/24	<p>- Implementasi terkait inovasi festivaling pada My. F Post Postum Huni ke-0 Dengan Myis Akut di RSI Fachs</p> <p>- Acc laporan hasil KTI</p>	
	28/6-2024	<p>Pembahasan &amp; tambahan hasil penelitian thz imajinasi tabung</p> <p>Acc sidang hasil KTI</p>	

## Lampiran 4

**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....

Menarche .....

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 koping 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 .....

### TOOLS TEKNIK IMAJINASI TERBIMBING

Nama :

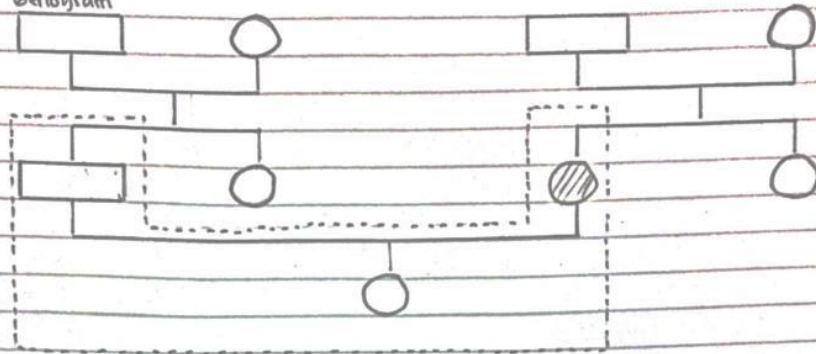
NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A.</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1.	Memberi salam / menyapa pasien	2		
2.	Memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien	2		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4.	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5.	Menanyakan kesiapan pasien	2		
<b>B.</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1.	Membaca basmallah	2		
2.	Mengatur posisi yang nyaman	2		
3.	Meminta pasien untuk melonggarkan pakaian	2		
4.	Meminta pasien untuk memejamkan mata	3		
5.	Meminta pasien untuk menarik nafas dengan pelan	10		
6.	Meminta pasien untuk merasakan tubuh menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala sampai ujung kaki	10		
7.	Meminta pasien untuk memikirkan seolah-olah pergi ke suatu tempat yang menyenangkan dan merasa senang di tempat tersebut	10		
8.	Meminta pasien untuk menyebutkan apa yang bisa dilihat, didengar, cium dan apa yang dirasakan	10		
9.	Meminta pasien untuk menarik nafas panjang beberapa kali dan nikmati berada di tempat tersebut	10		
10.	Meminta pasien untuk mengingat bahwa pasien dapat kembali ke tempat itu	10		
11.	Meminta pasien untuk mengatakan dalam hatinya "saya bisa rileks dan nyaman" (berulang-ulang)	3		
12.	Meminta pasien membuka mata secara perlahan	3		
<b>C.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1.	Melakukan evaluasi tindakan	2		
2.	Menganjurkan pasien mengulang teknik ini bila merasa nyeri	2		
3.	Berpamitan	2		
<b>D.</b>	<b>PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN</b>			
1.	Suara jelas	2		
2.	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti	5		
3.	Ketelitian tindakan	2		
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

## Lampiran 6

PENGKAJIAN IBU POST PARTUM	
A. Pengkajian Post Partum	
Nama Mahasiswa	: Nur Fatmah
Tempat Praktik	: Ruang Arafah 3 RSI Fatimah Cilacap
a. Data Umum	
1. Identitas Klien	
Nama	: Ny. F
Umur	: 24 tahun
Alamat	: Jl. Kebon Jati RT 04 / RW 02
Pekerjaan	: Pegawai swasta
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Jawa
Status Perkawinan	: Menikah
Pendidikan terakhir	: S1
2. Identitas Penanggung Jawab	
Nama	: Tn. R
Umur	: 23 tahun
Alamat	: Jl. Kebon Jati RT 04 / RW 02
Pekerjaan	: Buruh
Agama	: Islam
Hubungan dengan Klien	: Suami
b. Riwayat Kesehatan	
1. Alasan masuk rumah sakit :	
Pasien masuk rumah sakit tanggal 19 Juni 2024 jam 01:00 WIB. Pasien merasakan kontraksi lalu dibawa ke RSI Fatimah Cilacap dengan usia kandungan 38 minggu lebih 1 hari dengan G1 P1 A0. TD 127/75 mmHg, nadi 75 x/menit, suhu 36°C. Pecah ketuban jam 02.15 WIB dengan posisi bayi sungsang.	
2. Riwayat kesehatan sekarang	
Setelah Pasien menjalani prosedur operasi, Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas jahitan operasi. P: nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat, Q: nyeri terasa perih, R: nyeri pada bekas jahitan operasi, S: G. T: hilang timbul, riwayat perdarahan SC ± 300 cc	
3. Riwayat Penyakit dahulu	
Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit dahulu seperti hipertensi, diabetes mellitus dan lainnya	
4. Riwayat Penyakit keluarga	
Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga	

5. Genogram



Keterangan :

□ : Laki - laki

○ : Perempuan

— : Garis Perkawinan

| : Garis keturunan

- - - : Garis serumah

◐ : Pasien

C. Data Kesehatan

1. Data Obstetri

NIFas hari ke 0 P1 A0

Menarche : 12 tahun

Menstruasi : Siklus : 28 hari

Lama Perdarahan : 7 hari

Keluhan : nyeri perut

Status Anak

NO	Tipe Persalinan	Jenis Kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur anak
1.	Secno Caesarea	Perempuan	2,550 gram	-	D

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Pasien mengatakan rutin kontrol kandunganya, pada kehamilan yang sekarang tidak ada riwayat penyakit. Selalu mengonsumsi makanan yang bergizi dan 4 sehat 5 sempurna. HPT : 25-09-2023, HPL : 2-07-2024



## 3. Riwayat Persalinan Sekarang

Pasien mengatakan dilakukan operasi sectio caesarea pukul 03.16 WIB di karena kan bayi sungsang

## 4. Laporan Operasi

Operasi dimulai pukul 03.16 WIB, abdomen di bedah dengan arah horizontal dan anastesi regional sub arachnoid block (SAB). Bayi perempuan lahir pada pukul 03.56 WIB, penjahitan lapisan rahim dan abdomen

## 5. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum pernah KB karena baru mempunyai anak

## 6. Rencana KB

Pasien mengatakan sudah menjalani KB IUD saat menjalani SC

## d. Pola Fungsional Menurut Gordon

## 1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan apabila ada anggota keluarganya yang sakit maka segera di bawa ke Fasilitas kesehatan terdekat dan pasien selalu menjaga kesehatannya dengan melakukan pola hidup sehat

## 2. Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengatakan selama hamil tidak ada penurunan nafsu makan. Saat hamil pola makan normal, makan teratur 3x/hari

## 3. Pola eliminasi

Tanggal 19 Juni 2024 Pukul 08.00 WIB

BAB : Pasien mengatakan belum BAB

BAK : masih terpasang DI, terakhir 1100 cc

## 4. Pola Aktivitas dan Latihan

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

Keterangan

0 : mandiri

1 : dengan bantuan orang

2 : dengan bantuan alat

3 : bantuan alat dan orang

4 : ketergantungan penuh

## 5. Pola kognitif Perseptual

Halusinasi : tidak ada

## 6. Pola Persepsi diri

Etna tubuh : pasien mengatakan tidak malu dengan bentuk tubuhnya saat ini

Identitas diri : pasien mengatakan mengenal dirinya sendiri di banding orang lain

## 7. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien mengatakan sebelum hamil rutin berhubungan dengan suami 2-3 kali dalam 1 minggu, selama ini tidak ada gangguan reproduksi dan menstruasi lancar

## B. Pola mekanisme koping dan toleransi stress

Koping : Pasien mengatakan menyelesaikan masalahnya dengan komunikasi yang baik

Masalah : jika ada masalah disampaikan dengan baik

## 9. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan setelah dilakukan tindakan SC bisa tidur nyenyak

## 10. Pola ritas dan keyakinan

Pasien mengatakan saat ini sedang tidak melaksanakan ibadah sholat karena masih masa nifas

## 11. Pola hubungan dan peran

Keluarga : memiliki hubungan yang baik dengan keluarganya

Masyarakat : Ny. F dikenal sebagai orang yang ramah

## e. Data Psikososial

### 1. Adaptasi Psikologis (Rea Rubin)

Pasien saat ini berada pada fase taking in dimana pasien terfokus pada dirinya sendiri yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke 2 setelah melahirkan

### 2. Bonding Attachment

Pasien mengatakan bayinya belum ikut pindah ke ruangan

## F. Pemeriksaan Fisik

### 1. Data Klinis

a. Keadaan umum : Baik

b. Keadaan : Compos mentis, GCS : 15 E : 4, M : 6, V : 5

c. Tanda-tanda vital : TD 109 / 70 mmHg

Suhu 36,2°C

Nadi 65 x / menit

Rp 20 x / menit

### 2. Pemeriksaan Fisik head to toe

a. Kepala : Tidak ada luka, tidak ada benjolan, normal

b. Rambut : Hitam, bersih, lurus, panjang, tidak ada ketombe

c. Mata : Simetris, bersih, pupil isokor, tidak ada gangguan penglihatan

d. Hidung : Bersih, tidak ada gangguan pembauan

e. Mulut dan tenggorokan : Mukosa bibir kering, gigit bersih

f. Tenggorokan : Simetris, tidak ada serumen, bersih, tidak ada gangguan pendengaran

g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri

h. Dada : Simetris, tidak ada nyeri tekan

i. Payudara : Keadaan umum simetris, puting menonjol, ASI keluar

### J. Abdomen

Kondisi : Terdapat luka jahitan operasi diatas simpisis

Fundus uteri : Tinggi : setinggi pusat

Posisi : setinggi umbilikus

Kontraksi : kuat

Diastis rectus abdominis , Panjang 18 cm

Lebar 5 cm

### K. Genetalia

1.) Jumlah : 300 cc

2.) Warna : Merah

3.) Konsistensi : Cair

4.) Bau : Amis

5.) PEDA : Tidak ada

6.) Hemoroid : Tidak ada

l. Ekstermitas : edema tidak ada , varises tidak ada

tanda Homan's : tidak ada

m. Integumen : Chloasma : ada di bagian perut

### g. Data Penunjang dan Terapi

Hasil laboratorium pada 19 Juni 2024

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hemoglobin	12.3	12-16	g/dl
Leukosit	10210	4000-10000	$10^3$ /ul
Hematokrit	38.6	36-48	%
Trombosit	157000	150000-450000	$1^3$ /ul
Eritrosit	4.32	4.00-5.00	$10^6$ /ul
Eosinofil	0.8	1-5	%
Neutrofil	76.0	50-70	%
Basofil	0.3	0-1	%
Limfosit	16.9	25-40	%
Monosit	6.0	2-8	%
MCV	89.4	74.0-108	fL
MCH	28.6	25-35	pg
MCHC	32.0	30.0-36.0	%
HIV Tes RI	Non Reaktif	Non Reaktif	
HBSAG Tes	Negative	Negative	
Gula Darah Sewaktu	79	60-200	mg/dl
SGPT	16.8	5-35	u/L
SGOT	21.4	5-40	u/L

## Terapi :

- Ketorolac 30 mg/ml 3x1
- Asam mefenamat tablet 500 mg 3x1
- Tablet tambah darah 1x1

## h. Data Bayi

Lahir tanggal 19 Juni 2024 , pukul 03.50 WIB  
Berat badan 2.550 gram , Panjang badan 48 cm  
Lingkar kepala 31 cm . Lingkar dada 30 cm  
Ketahanan : tidak ada



## ANALISA DATA

Sign	Etiologi	Problem
DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat A : Pasien mengatakan nyerinya terasa perih R : Pasien mengatakan nyeri di daerah perut bekas operasi S : Pasien mengatakan skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyerinya hilang - timbul	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut
DD : - Pasien tampak meringis - Adanya luka post SC - Jenis luka bersih tidak rembes - Bersikap protektif - TD 109/70 mmHg Nadi 65 x/menit Suhu 36.2°C RR 20 x/menit		
DS : Pasien mengatakan habis operasi SC DD : - Riwayat perdarahan saat SC ± 300cc - Kontraksi uterus kuat - Terpasang RL 20 tpm		Risiko Perdarahan
DS : Pasien mengatakan belum menyusui bayinya karena bayi langsung di bawa ke ruang Perinatologi DD : Bayi rambat pisah		Risiko Gangguan Perlekatan

### Diagnosa Prioritas :

1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya, pasien tampak meringis dan bersikap protektif
2. Risiko Perdarahan d.d tindakan pembedahan
3. Risiko Gangguan Perlekatan d.d perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi



INTERVENSI

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SLKI																				
1.	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan diharapkan Tingkat Nyeri (L08066) Ekspektasi, Menurun dengan kriteria hasil. - Keluhan nyeri menurun (5) - Mengis menurun (5) - Sikap protektif menurun (5) - Uterus teraba membulat meningkat (5)	Manajemen Nyeri (L08238) Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi Faktor yang memperberat dan memperringan nyeri - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IP</th> <th>EP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Mengis</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Uterus teraba membulat</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	INDIKATOR	IP	EP	1.	Keluhan nyeri	2	5	2.	Mengis	2	5	3.	Sikap protektif	2	5	4.	Uterus teraba membulat	3	5	Terapeutik : - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur  Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri  Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu
NO	INDIKATOR	IP	EP																				
1.	Keluhan nyeri	2	5																				
2.	Mengis	2	5																				
3.	Sikap protektif	2	5																				
4.	Uterus teraba membulat	3	5																				
		Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : meningkat, menurun																					



NO	Diagnosa Keperawatan	SKFI	SKFI																
2.	Risiko Perdarahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat Perdarahan (L02013) Ekspektasi : Menurun dengan kriteria hasil : - Kelembapan mukosa meningkat (5) - Perdarahan vagina menurun (5) - Perdarahan pasca operasi menurun (5)	Perawatan Pasca Persalinan (126205) Observasi : - Monitor tanda-tanda vital - Monitor keadaan lochea - Monitor status pencernaan - Monitor tanda Homan - Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu post partum Terapeutik : - Massage fundus sampai kontraksi kuat, jika perlu - Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini - Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa post partum - Diskusikan seksualitas masa post partum - Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi Edukasi : - Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga - Jelaskan cara perawatan perineum yang tepat Kolaborasi : - Rujuk ke konselor fertasi, jika perlu																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IP</th> <th>EA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kelembapan membran mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perdarahan vagina</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perdarahan pasca operasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	INDIKATOR	IP	EA	1.	Kelembapan membran mukosa	3	5	2.	Perdarahan vagina	3	5	3.	Perdarahan pasca operasi	3	5	
NO	INDIKATOR	IP	EA																
1.	Kelembapan membran mukosa	3	5																
2.	Perdarahan vagina	3	5																
3.	Perdarahan pasca operasi	3	5																
		Keterangan : 1 : menurun, meningkat 2 : cukup menurun, cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup meningkat, cukup menurun 5 : meningkat, menurun																	



No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SLKI 1																				
3.	Risiko Gangguan Perlekatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Perlekatan (L. 13122)</p> <p>Ekspektasi : Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat (5)</li> <li>- Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat (5)</li> <li>- Menggendong bayi untuk menyusui meningkat (5)</li> <li>- Ketawatiran akibat hospitalisasi menurun (5)</li> </ul>	<p>Promosi Perlekatan (1.10342)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kegiatan menyusui</li> <li>- Identifikasi payudara ibu</li> <li>- Monitor perlekatan saat menyusui</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi</li> <li>- Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi menyentuh payudara ibu</li> <li>- Anjurkan bayi yang mendekati ke arah payudara ibu dari bagian bawah</li> <li>- Anjurkan ibu untuk mengang payudara menggunakan jari-jari seperti huruf c pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi</li> <li>- Anjurkan ibu menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk</li> <li>- Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusui</li> </ul>																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IP</th> <th>EP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Melakukan kontak mata dengan bayi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Menggendong bayi untuk menyusui</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Ketawatiran akibat hospitalisasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	INDIKATOR	IP	EP	1.	Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi	3	5	2.	Melakukan kontak mata dengan bayi	3	5	3.	Menggendong bayi untuk menyusui	3	5	4.	Ketawatiran akibat hospitalisasi	3	5	
No	INDIKATOR	IP	EP																				
1.	Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi	3	5																				
2.	Melakukan kontak mata dengan bayi	3	5																				
3.	Menggendong bayi untuk menyusui	3	5																				
4.	Ketawatiran akibat hospitalisasi	3	5																				
		<p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun, meningkat</p> <p>2 : cukup menurun, cukup meningkat</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : cukup meningkat, cukup menurun</p> <p>5 : meningkat, menurun</p>																					





## IMPLEMENTASI

NO	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1.	19/6/24 08-30	Dx 1	- Mengidentifikasi lokasi, karakter, sifat, durasi, frekuensi, kualitas, skala, intensitas nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi D: P: nyeri bertambah saat bergerak dan beruang saat istirahat Q: nyeri terasa perih R: hanya di luka operasi S: 6 T: hilang-tumbuh	
	08-35	Dx 1	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memper ringan nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan beruang saat istirahat D: Pasien kooperatif	
	08-40		- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	S: Pasien mengeluh nyeri D: Pasien tampak merah 15 dan bersikap protektif	
	08-45	Dx 2	- Memonitor tanda-tanda vital	S: Pasien mengatakan habis operasi sc D: TD: 109/90 mmHg M: 65 x /menit S: 36,2°C PR: 20 x /menit	
	08-50	Dx 2	- Memonitor keadaan lecuk	S: Pasien mengatakan mau untuk dicek perdarahan D: Darah berwarna merah, bau amis, cair	



NO	Tanggal dan jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Ranf
	08-55	Dx 2	- Memonitor tanda Homan	S: Pasien mengatakan kakinya tidak merasa sakit O: Tanda homan negatif	<i>[Signature]</i>
	09-00	Dx 2	- Mengidentifikasi adanya masalah adaptasi psikologis Ibu post partum	S: Pasien mengatakan senang atas kelahiran anak pertamanya O: Pasien tampak bahagia	<i>[Signature]</i>
	09-05	Dx 2	- Memassase fundus sampai kontraksi kuat	S: Pasien mengatakan perut kadang-terasa mulas O: Dikatakan massase	<i>[Signature]</i>
	09-10	Dx 2	- Mendiskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa post partum	S: Pasien mengatakan setelah SC semua aktivitas di bantu dan tidurnya nyenyak O: Pasien kooperatif	<i>[Signature]</i>
	09-15	Dx 2	- Mengidentifikasi payudara ibu	S: Pasien mengatakan payudara tidak ada masalah O: Payudara tidak ada benjolan, tidak bengkak dan puting menonjol	<i>[Signature]</i>
	09-20	Dx 3	- Menanyakan alasan bayi tidak rawat gubung	S: Pasien mengatakan setelah operasi bayi langsung dibawa ke ruang perinatologi untuk diobservasi O: Pasien kooperatif	<i>[Signature]</i>



NO	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
	09-25	Dx 3	- Melakukan kontrak waktu untuk mengajarkan teknik menyusui	S: Pasien mengatakan mau untuk diajarkan O: Pasien tampak siap	<i>[Signature]</i>
	17-00	Dx 1	- Memberikan teknik non farmako lebih teknik imajinasi terbimbing	S: Pasien mengatakan mau diberikan teknik imajinasi terbimbing O: Pasien diberikan teknik imajinasi terbimbing	<i>[Signature]</i>
	20/6/24 08-00	Dx 1	- Mengajarkan teknik imajinasi terbimbing untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan mau diajarkan teknik imajinasi terbimbing O: Pasien dapat mengi kuti	<i>[Signature]</i>
	08-10	Dx 1	- Memonitor keberhasilan tetapi komplementer yang sudah diajarkan	S: Pasien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan imajinasi terbimbing O: Pasien tampak rileks	<i>[Signature]</i>
	08-15	Dx 1	- Mengajukan monitor nyeri secara mandiri	S: Pasien mengatakan sudah tau penyebab dari nyeri dan tau apa yang dilakukan saat nyeri muncul O: Pasien kooperatif	<i>[Signature]</i>
	08-20	Dx 3	- Mendiskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui	S: Pasien mengatakan ASI yang keluar masih sedikit O: Pasien kooperatif	<i>[Signature]</i>



No	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
	08-25	Dx 3	- Mengajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi	S: Pasien mengatakan mengerti O: Pasien tampak menopang seluruh tubuh bayi	<i>[Signature]</i>
	08-30	Dx 3	- Mengajarkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi menyentuh payudara ibu	S: Pasien mengatakan mengerti O: Pasien tampak melepas pakaian dan bra	<i>[Signature]</i>
	08-35	Dx 3	- Mengajarkan bayi mendekatkan ke arah payudara ibu dari bagian bawah	S: Pasien mengatakan mengerti O: Bayi didekatkan ke arah payudara pasien dari bagian bawah	<i>[Signature]</i>
	08-40	Dx 3	- Mengajarkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jari-jari seperti huruf C saat mengarahkan ke mulut bayi	S: Pasien mengatakan mengerti O: Pasien mempraktikkan posisi jari-jari seperti huruf C	<i>[Signature]</i>
	08-45	Dx 3	- Mengajarkan ibu untuk mengisui menungsu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bawah dapat masuk sempurna	S: Pasien mengatakan mengerti O: Pasien kooperatif	<i>[Signature]</i>
	08-50	Dx 2	- Menjelaskan tanda bahaya rifas pada ibu dan keluarga	S: Pasien dan suami mengatakan mengerti O: Pasien dan suami tampak paham	<i>[Signature]</i>
	08-55	Dx 2	- Menjelaskan cara perawatan perineum yang tepat	S: Pasien mengatakan mengerti O: Pasien bisa menjelaskan	<i>[Signature]</i>



NO	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
	09-00	Dx 2	- Mendukung ibu untuk melakukan ambulasi dini	S: Pasien mengatakan melakukan miring kanan kiri 2 jam sekali O: Pasien kooperatif	
	09-05	Dx 2	- Mendiskusikan seksualitas masa post partum	S: Pasien mengatakan tidak berhubungan selama masa nifas O: Pasien kooperatif	
	09-10	Dx 2	- Mendiskusikan penggunaan alat kontrasepsi	S: Pasien mengatakan sudah pasang KB IUD O: Terpasang KB IUD	



## EVALUASI

NO	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi SOAP				Paraf																									
			S	D	A	P																										
1.	10/6/24 18-00	Dx 1	<p>S: Pasien mengatakan saat dilakukan imajinasi terbimbing pertama pasien merasa lebih rileks tetapi nyeri belum ada perubahan dan skala nyerinya 6, pasien juga mengatakan rasa nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>D: Pasien kooperatif</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A:</th> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.</td> <td>Uterus teraba membulat</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: Melanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyarankan pasien untuk memperbanyak istirahat</li> <li>2. Meminta keluarga untuk membantu aktivitas pasien</li> </ol>	A:	NO	INDIKATOR	IR	ER		1.	Keluhan nyeri	3	5		2.	Meringis	3	5		3.	Sikap protektif	3	5		4.	Uterus teraba membulat	4	5				
A:	NO	INDIKATOR	IR	ER																												
	1.	Keluhan nyeri	3	5																												
	2.	Meringis	3	5																												
	3.	Sikap protektif	3	5																												
	4.	Uterus teraba membulat	4	5																												
2.	10-15	Dx 2	<p>S: Pasien mengatakan habis operasi sc</p> <p>D: - Adanya luka operasi di perut - Membran mukosa kering - Adanya riwayat perdarahan saat operasi sc. - Adanya perdarahan vagina - Terpasang RL 20 tpm</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A:</th> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1.</td> <td>Kelambapan membran mukosa</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.</td> <td>Perdarahan vagina</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.</td> <td>Perdarahan pasca operasi -</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: Melanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyarankan memassase fundus uteri jika terasa lembet</li> <li>2. Menjelaskan tanda bahaya NIFAS pada ibu dan keluarga</li> </ol>	A:	NO	INDIKATOR	IR	ER		1.	Kelambapan membran mukosa	4	5		2.	Perdarahan vagina	4	5		3.	Perdarahan pasca operasi -	4	5									
A:	NO	INDIKATOR	IR	ER																												
	1.	Kelambapan membran mukosa	4	5																												
	2.	Perdarahan vagina	4	5																												
	3.	Perdarahan pasca operasi -	4	5																												



NO	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi SOAP	Paraf																									
3.	18-30	Dx 3	<p>S: Pasien mengatakan belum menyusui bayinya</p> <p>O: Bayi tidak rewat gabung, masih di ruang perina tologi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A:</th> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1.</td> <td>Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.</td> <td>Melakukan kontak mata dengan bayi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.</td> <td>Menggendong bayi untuk menyusui</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.</td> <td>Perhatian akibat hospitalisasi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: Melanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi payudara ibu</li> <li>Melakukan kontak waktu untuk mengajarkan teknik menyusui</li> </ol>	A:	NO	INDIKATOR	IR	ER		1.	Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi	4	5		2.	Melakukan kontak mata dengan bayi	3	5		3.	Menggendong bayi untuk menyusui	3	5		4.	Perhatian akibat hospitalisasi	4	5	
A:	NO	INDIKATOR	IR	ER																									
	1.	Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi	4	5																									
	2.	Melakukan kontak mata dengan bayi	3	5																									
	3.	Menggendong bayi untuk menyusui	3	5																									
	4.	Perhatian akibat hospitalisasi	4	5																									
1.	20/6/24 14.00	Dx 1	<p>S: Pasien mengatakan merasa lebih baik dan rasa nyerinya cukup menurun setelah di berikan teknik imajinasi terbimbing, skala nyeri menjadi 4.</p> <p>O: Pasien kooperatif, tampak rileks</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A:</th> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.</td> <td>Uterus teraba membulat</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi, pasien pulang</p> <p>P: Melakukan discharge planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengedukasi pasien untuk melakukan teknik imajinasi terbimbing secara mandiri jika rasa nyeri muncul</li> </ol>	A:	NO	INDIKATOR	IR	ER		1.	Keluhan nyeri	4	5		2.	Meringis	4	5		3.	Sikap protektif	4	5		4.	Uterus teraba membulat	5	5	
A:	NO	INDIKATOR	IR	ER																									
	1.	Keluhan nyeri	4	5																									
	2.	Meringis	4	5																									
	3.	Sikap protektif	4	5																									
	4.	Uterus teraba membulat	5	5																									



NO	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi SOAP				Paraf																			
			S	D	A	P																				
2.	14.15	Dx 2	<p>S: Pasien mengatakan perut kadang milih terasa mules</p> <p>D: TD : 110 / 80 mmHg , nadi : 70 x/menit. RR: 20x /menit. Suhu: 36°C . kontraksi uterus baik, darah nifas berwarna merah dan bau amis , luka operasi tidak rembes , tidak ada tanda-tanda perdarahan</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kelembaban membran mukosa</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perdarahan vagina</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perdarahan luka operasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	INDIKATOR	IK	ER	1.	Kelembaban membran mukosa	5	5	2.	Perdarahan vagina	5	5	3.	Perdarahan luka operasi	5	5	<p>Masalah teratasi. pasien pulang</p> <p>P: Melakukan discharge planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan edukasi cara membersihkan vagina dan ganti pembalut</li> <li>Menganjurkan pasien untuk selalu melakukan massage fundus uteri jika kontraksi uterus tidak kuat</li> </ol>					
NO	INDIKATOR	IK	ER																							
1.	Kelembaban membran mukosa	5	5																							
2.	Perdarahan vagina	5	5																							
3.	Perdarahan luka operasi	5	5																							
3.	14.30	Dx3	<p>S: Pasien mengatakan sudah menyusui bayinya tetapi ASI yang keluar masih sedikit</p> <p>D: Bayi sudah rewel gabung , puting payudara ibu menonjol</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>IK</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi Perasaan positif terhadap bayi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Melakukan kontak mata dengan bayi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Menggendong bayi untuk menyusui</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Perhatian akibat hospitalisasi</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NO	INDIKATOR	IK	ER	1.	Verbalisasi Perasaan positif terhadap bayi	5	5	2.	Melakukan kontak mata dengan bayi	5	5	3.	Menggendong bayi untuk menyusui	5	5	4.	Perhatian akibat hospitalisasi			<p>Masalah teratasi. pasien pulang</p> <p>P: Melakukan discharge planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengedukasi makanan apa saja yang di konsumsi untuk memperbanyak ASI</li> </ol>	
NO	INDIKATOR	IK	ER																							
1.	Verbalisasi Perasaan positif terhadap bayi	5	5																							
2.	Melakukan kontak mata dengan bayi	5	5																							
3.	Menggendong bayi untuk menyusui	5	5																							
4.	Perhatian akibat hospitalisasi																									