

Lampiran 1

Standar Operasional Prosedur (SOP) Breast Care

Pengertian	Perawatan payudara / <i>Breast Care</i> adalah tindakan yang dilakukan demi memelihara kesehatan pada daerah payudara. perawatan payudara sangat diperlukan oleh ibu setelah melahirkan, karena sangat berpengaruh terhadap lancarnya produksi ASI.
Indikasi	Ibu nifas dengan masalah menyusui
Tujuan	1. Memelihara <i>hygiene</i> payudara 2. Melenturkan dan menguatkan puting susu 3. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi 4. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet saat dihisap oleh bayi 5. Melancarkan aliran ASI 6. Mengatasi puting susu datar atau tenggelam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayi
Persiapan alat	1. <i>Baby oil</i> / minyak kelapa 2. Dua buah baskom yang berisi air hangat dan air dingin 3. Dua buah waslap / handuk kecil 4. Dua buah handuk bersih 5. Kapas secukupnya
Persiapan pasien	1. Lakukan tindakan dengan 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun). 2. Lakukan pengenalan diri dan identifikasi pasien 3. Jelaskan tujuan yang akan dilakukan 4. Jelaskan prosedur pelaksanaan 5. Buat <i>informed consent</i>
Persiapan lingkungan	1. Jaga privasi klien dengan memasang sketsel/sampiran 2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
Pelaksanaan	1. Buka handuk pasien dan ganti dengan handuk yang lain. 2. Puting susu dikompres dengan kapas minya. 3. Puting susu dipegang dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk kemudian diputar ke arah dalam sebanyak 5-10 kali dan ke arah luar sebanyak 5-10 kali. 4. Puting susu ditarik sebanyak 20 kali. 5. Merangsang dengan menggunakan ujung

	waslap. 6. Licinkan kedua tangan dengan minyak lalu tempatkan kedua telapak tangan tadi diatas kedua payudara Pengurutan I 7. Lakukan pengurutan, arahkan pengurutan dimulai kearah atas kemudian kesamping, telapak tangan kiri dan telapak tangan kanan kearah sisi kanan. Selanjutnya diteruskan kearah bawah samping. 8. Selanjutnya letakkan kedua telapak tangan disalah satu payudara bagian bawahnya dengan posisi telapak tangan yang satu diatas dan yang satu dibawah (posisi bertumpuk). 9. Lalu digerakkan secara bergantian keatas sambil menyentuh sedikit payudara dan dilepas perlahan – lahan, lakukan sebanyak 15-30 kali. 10. Dilanjutkan dengan arah gerakan yang terakhir adalah melintang yaitu tempatkan kedua telapak tangan dibawah kedua payudara kiri dan kanan, kemudia secara bersamaan digerak-gerakkan seatas sambil menyentuh sedikit payudara dan dilepas perlahan lahan, lakukan sebanyak 15-30 kali. Pengurutan II 11. Salah satu tangan menopang payudara sedang tangan yang lain mengurut payudara dari pangkal menuju puting susu dengan tangan dikepalkan. 12. Lakukan sebanyak 15-30 kali Pengurutan III 13. Satu payudara dan telapak tangan menopang yang lainnya mengatur payudara dari pangkal menuju ke puting susu. 14. Lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan, lakukan sebanyak 15-30 kali. Pengurutan IV 15. Merangsang payudara dengan mengompreskan air hangat dan air dingin secara bergantian dengan memakai waslap, dilakukan sebanyak 15-30 kali. 16. Bisa juga dilakukan oleh ibu pada saat mandi dikamar mandi dengan menggunakan baskom kecil berisi air hangat diguyur atau diciprat-cipratkan ke payudara dan untuk air dinginnya
--	---

	bisa dilakukan saat ibu mandi dengan air dingin. 17. Selanjutnya dikeringkan dengan handuk dan alat-alat yang dipakai dibereskan . 18. Pakailah bra khususnya untuk menyusui bayi (bra yang menyangga payudara). 19. Perawatan dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi
Evaluasi	1. Dokumentasi tindakan 2. Evaluasi hasil tindakan dan respon pasien



Lampiran 2



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

PRASAT POST PARTUM

Nama :

Tanggal :

NIM :

Observer :

MELAKUKAN PERAWATAN PAYUDARA IBU POST PARTUM

No	Aspek yang dinilai	Bobot	N
			ya
A	Fase Orientasi		
1	Memberi salam	1	
2	Memperkenalkan diri	1	
3	Menjelaskan tujuan pada keluarga	3	
4	Menjelaskan langkah prosedur pada keluarga	3	
5	Meminta persetujuan kepada klien	2	
6	Mencuci tangan	2	
B.	Fase kerja		
	Mengucap basmallah		
1	Memasang sampiran/menjaga privacy klien	2	
2	Memasang handuk pada bahu dan di bawah perut, sambil melepas pakaian atas klien	2	
3	Mengompres puting susu dengan kapas yang dibasahi minyak hangat selama 2-3 menit.	3	
	(keterangan waktu cukup disampaikan oleh teruji)		
4	Mengangkat kapas sambil membersihkan puting susu dengan gerakan memutar dari dalam ke luar	3	
5	Membasahi kedua telapak tangan dengan minyak kelapa	2	
6	Melakukan pengurutan gerakan I : telapak tangan berada di tengah-tengah diantara kedua payudara, kemudian melakukan gerakan melingkar dari atas,samping,bawah sambil dihentakkan kemudian kembali ketengah dan dilakukan berulang-ulang sampai 20 -30 kali (jumlah gerakan cukup dikatakan teruji)	9	
7	Melakukan pengurutan gerakan II :tangan kiri menopang payu-dara kiri dan tangan kanan dengan sisi telapak tangan melakukan		

	pengurutan dari pangkal payudara ke arah putting, dilakukan scr bergantian dengan tangan kanan. Gerakan ini dilakukan sebanyak 20-30 kali. (jumlah gerakan cukup dikatakan teruji)	9	
8	Melakukan pengurutan gerakan III : gerakan sama dengan teknik gerakan dua hanya tangan tidak mengurut tetapi membuat lingkaran lingkaran kecil dari pangkal payudara ke arah putting, dilakukan scr bergantian dengan tangan kanan (jumlah gerakan cukup dikatakan teruji)	9	
9	Melakukan gerakan IV : memegang kedua payudara kemudian menggoyang-goyangkan secara bersama-sama sebanyak 5 kali	6	
10	Melakukan massage pada punggung ibu	6	
11	Mengguayur payudara kanan menggunakan air hangat dengan waslap, kemudian dingin dan hangat lagi, sebanyak 5 kali demikian juga pada payudara kiri	7	
12	Mengeringkan payudara dengan handuk yang ada di bahu sambil menggosok-gosok putting	5	
13	Mengenakan BH dan pakaian atas klien	2	
	Mengucap hamdallah		
C.	Fase terminasi		
1	Membereskan alat-alat	1	
2	Mencuci tangan	1	
3	Melakukan evaluasi tindakan	4	
4	Berpamitan pada ibu/keluarga klien	2	
D.	Penampilan selama tindakan		
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	3	
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	5	
3	Kelelahan selama melakukan tindakan	4	
4	Keamanan tindakan yang dilakukan	3	
	TOTAL	100	



Lampiran 3



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN
TEKNIK MENYUSUI DENGAN BENAR

NAMA :

NIM :

TANGGAL :

OBSERVER :

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Memberi salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Meminta persetujuan kepada klien	2		
B	Fase kerja			
1	Membaca Bismillah	2		
2	Memasang sampiran/menjaga privacy klien	2		
3	Mencuci tangan	2		
4	Menjelaskan pada ibu untuk mencuci tangan sebelum menyusui	4		
5	Mengajarkan ibu mengeluarkan ASI sedikit dan mengoleskan pada sekitar aerola dan puting (agar melembabkan daerah areola dan puting serta mematikan kuman)	4		
6	Mengajarkan posisi ibu saat menyusui (duduk tegak bersandar di kursi dan kaki tidak menggantung)	6		
7	Mengajarkan posisi bayi saat menyusui	6		
	a. Bayi dipegang dengan satu tangan dengan kepala bayi dilengkung tangan ibu dan bokong bayi pada telapak tangan ibu			
	b. Satu tangan bayi berada di belakang ibu (seperti memeluk ibu)			
	c. Kepala bayi menghadap payudara dan perut bayi menempel pada perut ibu			
	d. Telinga bayi dan lengan bayi berada pada satu garis lurus			
8	Mengajarkan ibu cara memegang payudara (payudara disangga dgn 4 jari dan ibu jari berada diatas untuk mengarahkan puting, membentuk huruf C)	6		
9	Mengajarkan cara memberikan rangsang (menyentuh sudut mulut atau pipi bayi dengan puting atau jari kelingking)	4		
10	Mengajarkan cara memberikan ASI (dengan memasukkan semua atau sebagian besar areola di mulut bayi)	6		
11	Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI pada kedua payudara secara bergantian	4		
12	Mengajarkan cara melepaskan hisapan bayi (dengan memasukkan jari kelingking kesudut mulut bayi atau menekan dagu bayi)	6		
13	Mengajarkan cara menyendawakan bayi (bayi digendong tegak dgn bersandar pada bahu ibu, punggung bayi ditepuh perlahan, atau bayi ditengkurapkan di pangkuan ibu dengan kepala lebih tinggi & tepuk punggung bayi secara perlahan)	6		
14	Menganjurkan ibu untuk menyusui secara bergantian pada payudara kanan kiri	2		
15	Membersihkan daerah pipi dan lidah bayi dengan air hangat & kapas	4		
16	Membaca Hamdallah dan mencuci tangan	2		
C	Fase terminasi			
1	Menanyakan ada hal yang ingin ditanyakan pasien	2		
2	Menanyakan respon pasien	2		
3	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
4	Melakukan evaluasi tindakan	2		
5	Berpamitan pada ibu/keluarga klien	2		
D	Penampilan selama tindakan			
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	4		
3	Ketelitian selama melakukan tindakan	4		
4	Keamanan tindakan yang dilakukan	3		
	TOTAL	100		

Lampiran 4



UNAIC
UNIVERSITAS AL-ISYAD CILACAP

Nutrisi Ibu Menyusui

Oleh Mahasiswa/Lois Stephanie
Program Studi D3 Keperawatan
Universitas Al-Isyad Cilacap
2025

BAHAN MAKANAN YANG DIANJURKAN

- sumber tenaga : nasi, kentang, mie, jagung, ubi, singkong biscuit.
- sumber zat pembangun : daging, telur, ikan, tahu, tempe, kacang kacangan, susu.
- sumber zat pengatur : sayur sayuran dan buah buahan.

MAKANAN YANG PERLU DIHINDARI

- makanan yang terlalu manis dan mengandung banyak gula (kue manis, manisan, permen dll).
- makanan yang terlalu merangsang (cabbe, merica, jane, nanas, durian dll).
- kurangi konsumsi minuman berkafein dan minuman ringan (kopi, coklat, teh dll).
- apabila bayi mengalami alergi segera hentikan makanan yang ibu konsumsi sebelumnya, selama menyusui.



KEBUTUHAN ZAT GIZI IBU MENYUSUI

- kebutuhan kalori ibu menyusui sekitar 2300-2700 kkal/hari.
- zat gizi lain yang perlu diperhatikan adalah : protein, lemak, asam folat, zat besi, vitamin C

TAKARAN MENU NUTRISI IBU MENYUSUI DALAM SEHARI

- Nasi : 4-5 piring
- Ikan : 2-3 potong
- Sayuran : 3 mangkok
- Buah : 2 potong
- Tempe : 4-5 potong
- Gula : 2-5 sendok
- Air : 8 gelas

"Kamu adalah pejuang ASI yang luar biasa, teruslah semangat!"

Lampiran 5

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :

Umur :

Agama :

Pekerjaan :

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 :

NIM :

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap,.....2025

.....

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCERT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Evi SULASTRI
Umur : 32 th.
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT

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 : Lois Stephanie
NIM : 106122006

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 14 Juni 2025



...Evi SULASTRI...

Lampiran 6

UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

PENGKAJIAN *POST NATAL*

Nama Mahasiswa : NIM :

Tempat praktik : Tanggal :

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari tanggal jam Di ruang
RS

1. Data Umum

a. Identitas Klien :

Inisial klien :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Agama :

Suku :

Bangsa :

Status Perkawinan :

Pendidikan terakhir :

b. Identitas Penanggung jawab

Nama :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

Agama :

Hubungan dg klien :

2. Riwayat Kesehatan

a. Alasan masuk RS

.....

.....

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

.....

.....

c. Riwayat Penyakit Dahulu

.....

.....

d. Riwayat Penyakit Keluarga & Genogram

.....

.....

3. Data Kesehatan

a. 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

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

.....

c. Riwayat Persalinan Sekarang

.....

d. Laporan Operasi

.....

e. Riwayat KB

.....

f. Rencana KB

.....

4. Pola Fungsional menurut Gordon

a. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

.....

b. Pola nutrisi dan metabolisme

.....

c. Pola eliminasi

.....

d. Pola aktivitas dan latihan

Pola Aktifitas	0	1	2	3	4
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

e. Pola kognitif perseptual

.....

.....

f. Pola persepsi diri

.....

.....

g. Pola seksualitas dan reproduksi

.....

.....

h. Pola mekanisme koping dan toleransi stress

.....

.....

i. Pola istirahat – tidur

.....

.....

j. Pola nilai dan keyakinan

.....

.....

k. Pola hubungan peran

.....

5. Data Psikososial

a. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)

.....

b. Bounding Attachment

.....

6. Pemeriksaan Fisik

a. Data Klinis

- 1) Keadaan umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) Tanda-tanda vital : TD :
- Suhu :
- Nadi :
- PRR :

b. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Kepala

.....

2) Rambut

.....

3) Mata

.....

4) Hidung

.....

5) Mulut dan tenggorokan

.....

6) Telinga

.....

7) Leher

.....

8) Dada

.....

9) Payudara : Keadaan umum..... , puting, ASI sudah keluar/ belum

10) Abdomen Keadaan :

lembek / distensi / lain-lain

Fundus Uteri : Tinggi :

Posisi :

Kontraksi :

Diastasis rectus abdominis, panjangcm

lebarcm

11) Genetalia

Lochea

- Jumlah :
- Warna :
- Konsistensi :

- Bau :
- REEDA :

Hemorroid

12) Ekstremitas : edema, varises

Tanda Homan's

13) Integumen : Chloasma

7. Data Penunjang dan terapi

Lab :

Rontgent/USG

Terapi :

8. Data Bayi Lahir

tgl jam Berat Badan.....gram, Panjang
Badan.....cm, Lingkar Kepala.....cm, LingkarDada.....cm
Kelainan

B. ANALISA DATA

TGL/JAM	DS & DO	ETIOLOGI	PROBLEM

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS (SDKI)

- 1.
- 2.
- 3.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN (SLKI & SIKI)

TGL/JAM	SLKI	SIKI	PARAF

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL/JAM	NO.DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI RESPON	PARAF

F. EVALUASI KEPERAWATAN

TGL/JAM	NO.DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)	PARAF

UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

PENGKAJIAN POST PARTUM

Nama Mahasiswa : Lois Stephanie NIM : 106122006
 Tempat praktik : RSI Fatimah Cilap Tanggal : 14 - 06 - 2025

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Sabtu tanggal 14/06 jam 07.10 Di ruang An-Nisa
RSUD / RSI Fatimah Cilacap

1. Data Umum

a. Identitas Klien :

Inisial klien : Ny. E
 Umur : 32 thn
 Alamat : Jl. DR. Soetomo
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Agama : Islam
 Suku : Jawa
 Bangsa : Indonesia
 Status Perkawinan : Menikah
 Pendidikan terakhir : SMA

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Th. D
 Umur : 36 thn
 Alamat : Jl. DR. Soetomo
 Pekerjaan : Wirasaha
 Agama : Islam
 Hubungan dengan klien : Suami

2. Riwayat Kesehatan

a. Alasan masuk RS

Pasien mengatakan merasa mules dan kencang-kencang pada jam 20:30 serta keluar cairan berwarna kecoklatan.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

- pasien mengatakan nyeri vagina yang bertambah saat bergerak, seperti tertusuk, dengan skala 5 dan hilang timbul, pasien tampak merangis, gelisah dan bersikap protektif, pasien tampak fokus diri sendiri dan proses berpikirnya tampak terganggu.

- Pasien mengatakan ASInya keluar sedikit dan tampak tidak memancar.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit.

d. Riwayat Penyakit Keluarga & Genogram

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga.

3. Data Kesehatan

a. Data Obstetri

Nifas hari ke .0.. P.1.. A.0..

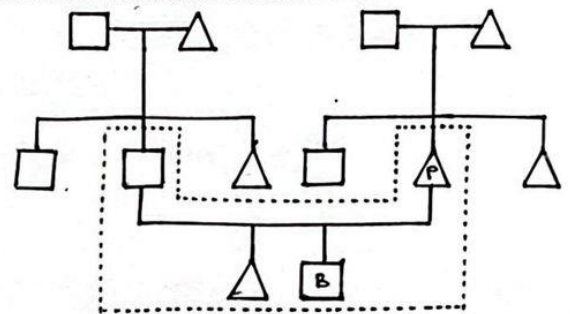
Menarche 14 thn

Menstruasi : Siklus...27....hari

Lama perdarahan...7....hari

Keluhan Nyeri saat menstruasi

Status Anak



Keterangan :

□ = Laki-laki

△ = Perempuan

△ = Pasien

⊠ = Bayi

--- = serumah

— = garis keturunan

No	Tipe Persalinan	Jenis Kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur Anak Sekarang
1.	Spontan	Perempuan	3.000 gr	-	4 tahun

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Pasien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya tiap bulan, usia kandungan 40+6 minggu HPHT 2-8-2024 HPL 10-6-2025

c. Riwayat Persalinan Sekarang

Persalinan dilakukan secara spontan, pada jam 03.35 dan terdapat robekan perineum yang sudah dijahit dengan grade 2

d. Laporan Operasi

-

e. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum pernah KB

f. Rencana KB

Pasien mengatakan belum ada keinginan untuk KB

4. Pola Fungsional menurut Gordon

a. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan sering memeriksakan kehamilannya tiap bulan

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengatakan selama kehamilan pola makan teratur 3x sehari disertai ngidam, setelah melahirkan pasien juga mengatakan menghabiskan makanan yang disediakan oleh RS.

c. Pola eliminasi

BAB = pasien mengatakan belum BAB

BAK = setelah melahirkan, pasien BAK 2x dengan warna kuning jernih

d. Pola aktivitas dan latihan

Pola Aktifitas	0	1	2	3	4
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

e. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan tidak tau penyebab ASI keluarnya sedikit

f. Pola persepsi diri

- Ideal diri = Menerima diri - Peran = Cukup baik

- Harga diri = Percaya diri - Identitas diri = Persepsi diri baik

g. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada masalah saat hubungan seksual dengan suami selama hamil hingga melahirkan, 1 minggu dilakukan 2 - 3x.

h. Pola mekanisme coping dan toleransi stress

- Coping = Pasien mengatakan menyelesaikan masalah dengan kepala dingin

- Masalah = Bila terdapat masalah pasien akan bercerita kepada suami.

i. Pola istirahat – tidur

Pasien mengatakan selama hamil pola tidur cukup baik hanya terbangun ketika ingin BAK, setelah melahirkan pasien kurang bisa beristirahat sebab masih merasa tidak nyaman di area perut dan vagina.

j. Pola nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan belum beribadah setelah melahirkan namun pasien tetap banyak berdoa.

k. Pola hubungan peran

- Keluarga : Hubungan dengan keluarga berperan baik.
- Masyarakat : Dengan masyarakat baik dalam bersosialisasi.

5. Data Psikososial

a. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)

Pasien dalam fase taking in, pasien mengatakan merasa tidak nyaman, lelah dan terikat masih fokus pada diri sendiri.

b. Bounding Attachment

Pasien mengatakan senang atas kelahiran anaknya, sesekali pasien tampak menggendong anaknya, namun bayi tampak belum mampu melekat pada payudara ibu dan tidak mampu menghisap ASI terus-menerus ketika menyusui sehingga bayi menangis

6. Pemeriksaan Fisik

a. Data Klinis

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) Keadaan umum | : Baik |
| 2) Kesadaran | : Compos Mentis |
| 3) Tanda-tanda vital | : TD $121/82$ mmHg |
| | Suhu $36,6$ °C |
| | Nadi 61 x/menit |
| | PRR 23 |

b. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Kepala

Mesochepal, bersih, tidak ada benjolan

2) Rambut

Bersih, berwarna hitam, panjang

3) Mata

Simetris, bersih, konjungtiva pink

4) Hidung

Bersih, tidak ada polip, pernapasan berfungsi normal

5) Mulut dan tenggorokan

Mulut dan gigi bersih, gigi tidak rata

6) Telinga

Simetris, bersih, pendengaran normal

7) Leher

Tidak ada benjolan, vena jugularis tidak tampak

8) Dada

Tidak ada pembengkakan, tampak pergerakan dinding dada

9) Payudara : Keadaan umum bersih, simetris, puting menonjol, ASI sudah keluar/ belum sedikit

10) Abdomen Keadaan :

lambek / distensi / lain-lain

Fundus Uteri : Tinggi : 1 jari dibawah pusat

Posisi : Membulat

Kontraksi : Kuat

Diastasis rectus abdominis, panjang7.....cm

lebar4.....cm

11) Genetalia

Lochea

- Jumlah : 30 cc
- Warna : Merah
- Konsistensi : Cair

- Bau : Amic darah
- REEDA : Area jaitan terlihat pink

Hemorroid Tidak ada

12) Ekstremitas : edema Tidak ada, varises Tidak ada

Tanda Homan's Negatif

13) Integumen : Chloasma Tidak ada

7. Data Penunjang dan terapi

Lab :

Rontgent/USG

Terapi :

- Amoxicillin kapl 500 mg 3x1
- Asam mefenamat tab 500 mg 3x1
- Tablet tambah darah 1x1

8. Data Bayi Lahir

tgl 14-06-2025 jam 03.35 Berat Badan 3.350 gram, Panjang Badan 50 cm, Lingkar Kepala 34 cm, Lingkar Dada 32 cm
Kelainan Tidak ada

HASIL LABORATORIUM

NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
CT/BT			
Waktu Perdarahan (BT)	3	1 - 3	Menit
Waktu Pembekuan (CT)	7	6 - 15	Menit
DARAH RUTIN ANALYZER 5 DIFF			
Hemoglobin	11.1 [*]	12 - 16	g/dl
Leukosit	12240 [*]	4000 - 10000	10 ³ / μ L
Hematokrit	34.5 [*]	36 - 38	%
Trombosit	343000	150000 - 450000	10 ³ / μ L
Eritrosit	4.01	4 - 5.60	10 ⁶ / μ L
HSL			
Eosinofil	1.1	1 - 5	%
Neutrofil	73.0 [*]	50 - 70	%
Basofil	0.4	0 - 1	%
Limfosit	13.6 [*]	25 - 40	%
Monosit	5.9	2 - 8	%
MCV	86.1	74 - 108	fL
MCH	27.8	25 - 35	pg
MCHC	32.3	30 - 36	%
GULA DARAH			
Gula Darah Sewaktu	75	60 - 200	mg/dL

Lampiran 7

ANALISA DATA

Tgl / Jam	DS / DO	Etiologi	Problem
14 - 6 - 25 07.10	DS : Pasien mengatakan nyeri area vagina P: Nyeri bertambah saat bergerak Q: Seperti tertusuk R: Di area vagina S: 5 (sedang) T: Hilang timbul DO :- Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak berpikir pada diri sendiri - Proses berpikir pasien tampak terganggu - Pasien tampak bersikap protektif (seperti memegang area yang nyeri) - TTV : TD = $\frac{121}{82}$ mmHg N = 61 x / menit	Agan Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)
14 - 6 - 25 07.20	DS : Pasien mengatakan ASInya keluar sedikit DO :- ASI Ibu tampak tidak memancar - Bayi tampak tidak mampu melekat pada payudara ibu - Bayi tampak tidak menghisap terus menerus - Bayi tampak menangis saat disusui	Ketidakadekuatan Suplai ASI	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
14 - 6 - 25 07.25	DS :- DO :- Tampak jahitan pada perineum yang robek dengan grade 2	-	Risiko Infeksi (D.0142)

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS

NO	SDKI
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d nyeri, meringis, gelisah, fokus diri sendiri, proses berpikir terganggu, bersikap protektif.
2.	Menyusui tidak efektif b.d Ketidakhadecutan suplai ASI d.d ASI keluar sedikit, ASI tidak memancar, bayi tidak melekat pada payudara ibu, bayi tidak menghisap terus-menerus, bayi menangis saat disusui.
3.	Risiko infeksi d.d jahitan grade 2 pada perineum.

INTERVENSI KEPERAWATAN

SDKI	SLKI	SIKI	Paraf.
Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.03233)	f
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:	O: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri.	
	Indikator	IR	ER
	Keluhan nyeri	2	3
	Meringis	2	3
	Gerisah	2	3
	Sikap protektif	2	3
	Berpokus pada diri sendiri	2	3
	Proses berpikir	4	3
	Ket: 1. Meningkat		
	2. Cukup meningkat		
	3. Sedang		
	4. Cukup menurun		
	5. Menurun		
Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Status Menyusui (L.02029)	Edukasi Menyusui (I.12393)	f
	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan status menyusui meningkat, dengan kriteria hasil:	O: - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.	
	Indikator	IR	ER
	Pelekutan bayi pada payudara	2	4
	Pamaman ASI	2	3
	Suport ASI adekuat	2	3
	Hisapan bayi	2	4
	Bayi menengis/rewel	4	3
	Ket: 1. Menurun		
	2. Cukup menurun		
	3. Sedang		
	4. Cukup meningkat		
	5. Meningkat		

SDKI	SLKI	SIKI	Paraf.
Risiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : Kebersihan tangan Kemudahan Nyeri Ket: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Pencegahan Infeksi (L.14520) O: - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. T: - Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. E: - Jelaskan tanda dan gejala infeksi. - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan - Ajarkan cara merawat vagina	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl./Jam	DX. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI RESPON	Paraf.
14/6/25 08.00	Nyeri Akut	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri.	S: Pasien mengatakan nyeri area vagina P = Nyeri bertambah saat bergerak. Q = Seperti tertusuk R = Di area vagina S = 5 (sedang) T = Hilang timbul O: Pasien tampak meringis, gelisah, serta bersikap protektif.	
08.00		- Mengidentifikasi respon nyeri verbal.	S: - O: Pasien tampak meringis dan menahan sakit dengan menyentuh erat area sekitar	
08.05		- Mengidentifikasi faktor yang memperngin dan memperberat nyeri.	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang jika tidak bergerak dan nyeri bertambah jika bergerak. O: Pasien tampak menjelaskan dengan gestur tangan.	
08.08		- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.	S: Pasien mengatakan AC yang terlalu dingin membuat nyeri pasien bertambah O: Suhu AC sudah di ubah, 18°C jadi 20°C	
08.10		- Memfasilitas istirahat dan tidur	S: Pasien mengatakan ingin beristirahat O: Pasien tampak mencari posisi untuk beristirahat	

Tgl./Jam	DX. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI RESPON	Paraf.
08.12		- Menjelaskan strategi meredakan nyeri (teknik relaksasi napas dalam dan membatasi pergerakan)	S: Pasien mengatakan sudah paham dan ingin mempraktikkannya. O: Pasien tampak antusias.	jk
08.15		- Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri	S: Pasien mengatakan paham akan pesan yang diberikan oleh perawat. O: Pasien tampak memahami	jk
08.18		- Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	S: Pasien mengatakan bersedia mengikuti arahan dari perawat O: Pasien tampak kooperatif	jk
08.25		- Memberikan asam mefenamat 500 mg / oral	S: Pasien mengatakan mau menerima obat O: Asam mefenamat tab 500 mg 3x1	jk
14/6 ²⁵	Menyusui Tidak Efektif	- Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui	S: Pasien mengatakan ingin segera bisa menyusui anaknya agar anaknya tidak menangis O: Pasien tampak menjelaskan dengan penuh harapan.	jk
08.35		- Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	S: Mengapresiasi ibu bahwa keinginan nya sangat bagus O: Pasien tampak senang	jk
08.38		- Melibatkan suami saat melakukan breastcare dan teknik menyusui.	S: Meminta suami untuk ikut berkontri busi O: Suami tampak kooperatif	jk
08.40		- Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	S: Pasien mengatakan paham akan pesan yang diberikan oleh perawat O: Pasien tampak memahami	jk
08.45		- Mengajarkan 4 posisi menyusui dan pelekatan dengan benar	S: Pasien mengatakan bisa mengikuti arahan O: Pasien tampak kooperatif	jk
09.00		- Mengajarkan perawatan payudara post partum (breastcare)	S: Pasien mengatakan bersedia diajarkan breastcare O: Pasien tampak memperhatikan dan mau mempraktikkannya kembali	jk
14/6 ²⁵	Risiko Infeksi	- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S: Pasien bersedia di monitor O: Area gigitan tampak berwarna pink	jk
08.15		- Mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	S: - O: Perawat mencuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.	jk

Tgl/Jam	Dx. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI RESPON	Paraf.
09.18		-Menjelaskan tanda dan gejala Infeksi	S: Pasien mengatakan paham akan pentingnya mencuci tangan yang diberikan perawat O: Pasien tampak memahami	<i>fl</i>
09.20		-Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	S: Pasien mengatakan bersedia mengikuti arahan dari perawat O: Pasien tampak kooperatif	<i>fl</i>
09.25		-Mengajarkan cara merawat vagina (mengganti pembalut pating lama 4 jam dan mencuci vagina dari arah depan ke belakang).	S: Pasien mengatakan memahami penjelasan perawat O: Pasien tampak memahami	<i>fl</i>

EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl/Jam	Dx. KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)				Paraf.
19/6 25 11.00	Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan setelah melakukan tindakan relaksasi napas dalam, nyeri sedikit berkurang namun masih hilang timbul. P: Nyeri bertambah saat bergerak Q: Seperti tertusuk R: Di area vagina S: 4 (sedang) T: Hilang timbul O: Meringis, gelisah dan sikap protektif pasien tampak berkurang A: Masalah teratasi				<i>fl</i>
		Indikator	IR	ER		
		Keluhan nyeri	3	3		
		Meringis	3	3		
		Gelisah	3	3		
		Sikap protektif	3	3		
		Berfokus pada diri sendiri	3	3		
		Proses berpikir	3	3		
		P: Discharge planning (11.30)				
		-Mengajarkan ibu melakukan teknik relaksasi napas dalam ketika nyeri				
		-Mengajarkan ibu membatasi pergerakan dan bergerak secara perlahan				
		-Mengajarkan ibu mengompres air hangat pada area yang nyeri				

Tgl./Jam	DX. KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)			Paraf.																	
14/6 25	Menyusui Tidak Efektif	S: Pasien mengatakan setelah mengikuti arahan dari perawat dan melakukan tindakan cara menyusui yang benar serta pemfisatan payudara membuat pasien merasa nyaman dan lebih mudah dalam memberikan ASI. O: Ibu tampak benar dalam proses menyusui, ASI sudah keluar namun masih belum terlalu memancar A: Masalah teratasi			df																	
11.15		<table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Perlekatan bayi pada payudara</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>Pancaran ASI</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>Suplai ASI adekuat</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>Hisapan bayi</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>Bayi menangis / rewel</td><td>3</td><td>3</td></tr></table> P: Discharge planning (11.35) - Edukasi nutrisi ibu laktasi - Mengajarkan ibu menyusui secara rutin - Mengajarkan ibu melaksanakan breastcare 2x sehari sebelum mandi				Indikator	IR	ER	Perlekatan bayi pada payudara	4	4	Pancaran ASI	3	3	Suplai ASI adekuat	3	3	Hisapan bayi	4	4	Bayi menangis / rewel	3
Indikator	IR	ER																				
Perlekatan bayi pada payudara	4	4																				
Pancaran ASI	3	3																				
Suplai ASI adekuat	3	3																				
Hisapan bayi	4	4																				
Bayi menangis / rewel	3	3																				
14/6 25	Risiko Infeksi	S: Pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat O: Pasien tampak memahami dan mampu menjelaskan ulang A: Masalah belum teratasi			df																	
11.30		<table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Kebersihan tangan</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Kemerahan</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> P: Discharge planning (11.40) - Edukasi nutrisi untuk mempercepat pemulihan - Mengajarkan ibu mengganti pembalut pating lama 4 jam - Mengajarkan ibu mencuci/ membasuh vagina dari arah depan ke belakang.				Indikator	IR	ER	Kebersihan tangan	1	1	Kemerahan	2	3	Nyeri	2	3					
Indikator	IR	ER																				
Kebersihan tangan	1	1																				
Kemerahan	2	3																				
Nyeri	2	3																				

Lampiran 8

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20/5-2025	Kontrol masalah kep kawat kelolaan	
2	21/5-2025	Kontrol intervensi yg akan diterapkan di psn kelolaan	
3	26/5-2025	Konsul bab 1	
4	27/5-2025	Kontrol revisi bab 1 serta bab 2-3	
5	28/5-2025	Kontrol bab 1-3	
6	21/5-2025	Acc sempop KTI	
7	18/6-2025	Kontrol arkep psn kelolaan	
8	20/6-2025	Kontrol arkep lengkap → silahkan kirim bab 4	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	21/5/2018	- Perbaiki penulisan - Tambahkan hasil * penelitian Hg Bc. - Perbaiki alur Latar Belakang.	
2	26/5/2018	- Perbaiki tata tulis di BAB II - Variasikan sumber/kutipan. - Konsep * dasar ambil dari text book jangan hasil * penelitian. - Sumber gunakan yg baru (5-10 tahun kebelakang) - Tambahkan tentang konsep Laktasi pada ibu post partum - Cara menulis dg nomor jangan point * - Prosedur breast care langsung ke tindakan disertai gambar - Perbaiki pathway. - Lanjut BAB III	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
3	27/5/15	- Perbaiki BAB II - Konsul lengkap	
4	28/5/15	Ada seminar proposal	
5	20/6/15	Lengkap BAB 4 dan 5	
6	29/6/15	- Perbaiki pembahasan. - Konsul lengkap.	
7	26/6/15	Ada ujian akhir KTI	