

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST PARTUM
SPONTAN DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021



DISUSUN

OLEH

NAMA : MARDIYANA

NIM : P07220118082

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
KEPERAWATAN
SAMARINDA
2021

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST PARTUM
SPONTAN DI RSUD dr KANUDJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada Jurusan D3 Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH

NAMA : MARDIYANA

NIM : P07220118082

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
KEPERAWATAN
SAMARINDA
2021

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan Bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 26 Juli 2021

Yang menyertakan



Mardiyana
P07220118082

LEMBAR PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST PARTUM
SPONTAN DI RSUD dr KANUDJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021

UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 3 Agustus 2021

Oleh

Pembimbing



Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep. Sp. Mat
NIDN: 4013106302

Pembimbing Pendamping



Ns. Nurhayati, S.ST. M.Pd
NIDN: 4024016801

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M. Kep.
NIP. 196803291994022001

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST PARTUM
SPONTAN DI RSUD dr KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021

Telah Diuji
Pada tanggal 3 Agustus 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd
NIDN. 4025096101

(.....)

Penguji Anggota:

1. **Ns. Grace C. Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat**
NIDN. 4013106302

(.....)

2. **Ns. Nurhayati, S.ST.,M.Pd**
NIDN.4024016801

(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

Hj. Umi Kalsum, S. Pd, M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M. Kep.
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Mardiyana
Tempat/Tanggal Lahir : Samboja, 21 Januari 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jln. Karya Rt 03 kelurahan wonotirto

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003-2004 : TK Karya Pertiwi
2. Tahun 2004-2010 : SDN 003 Samboja
3. Tahun 2010-2013 : SMP Negeri 1 Samboja
4. Tahun 2013-2016 : SMA Negeri 1 Samboja
5. Tahun 2018-2021 : Mahasiswi Prodi D-III Keperawatan
Samarinda Poltekkes kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Puji syukur alhamdulillah kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Partum Spontan di Rsud dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”. Karya Tulis Ilmiah ini Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari dalam menulis Karya Tulis Ilmiah banyak memperoleh bimbingan, asuhan serta dorongan dari banyak pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. DR Supriadi B, S.Kep.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
3. Ns. Andi Lis A.G.S.Kep.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.Sp.Mat, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.Sp.Mat, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan penulis dengan penuh kesabaran sehingga karya tulis ilmiah ini bisa selesai dengan baik.

6. Ns. Nurhayati, S.ST, M.Pd selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan penulis dengan penuh kesabaran sehingga karya tulis ilmiah ini bisa selesai dengan baik
7. Dosen-dosen serta staf-staf Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
8. Rekan – rekan seperjuangan angkatan 2018 Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur Program Studi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Tuhan Yang Maha Esa kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Tuhan.

Samarinda, 26 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DAN PRASYARAT	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR SINGKATAN	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi peneliti	6
2. Bagi tempat penelitian.....	6
3. Bagi Profesi Keperawatan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7

A. Konsep Dasar Post Partum Spontan	7
1. Pengertian post partum.....	7
2. Klasifikasi post partum	8
3. Etiologi	9
4. Patofisiologi	9
5. Manifestasi klinis	18
6. Kunjungan post partum	24
7. Tanda bahaya post partum	24
8. Penatalaksanaan	26
9. Komplikasi	28
B. Konsep dasar Laktasi	29
1. Pengertian laktasi	29
2. Fisiologi laktasi	30
3. Air susu ibu	32
C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	35
1. Definisi.....	35
2. Ciri ciri bayi baru lahir.....	35
3. Penatalaksanaan bayi baru lahir.....	36
4. Asuhan Bayi Baru Lahir.....	38
D. Konsep Dasar Masalah	40
1. Pengertian	40
2. Kriteria mayor dan minor.....	40
3. Faktor yang berhubungan	40
4. Pathway.....	41
5. Masalah keperawatan pada ibu post partum	43
E. Konsep Asuhan Keperawatan pasien dengan post partum spontan.....	51
1. Pengkajian Keperawatan.....	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	64
3. Intervensi Keperawatan.....	65
4. Implementasi Keperawatan.....	78
5. Evaluasi Keperawatan	78

BAB III METODE PENELITIAN81

A. Pendekatan (desain penelitian).....81
B. Subyek penelitian81
C. Batasan istilah82
D. Lokasi dan tempat83
E. Teknik dan instrument pengumpulan data84
F. Keabsahan data.....84
G. Analisis data84

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian Keperawatan81
2. Diagnosa Keperawatan.....114
3. Perencanaan Keperawatan.....116
4. Pelaksanaan Keperawatan123
5. Evaluasi Keperawatan153

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan188
2. Diagnosa Keperawatan.....194
3. Intervensi Keperawatan.....200
4. Implementasi Keperawatan204
5. Evaluasi Keperawatan209

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan211
B. Saran212

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

AKI : Angka Kematian Ibu

APGAR : Appearance Pulse Grimace Activity Respiration

ASI : Air Susu Ibu

HPP : Hemorage Post Partum

IMD : Inisiasi Menyusui Dini

PQRST : Provokate Quality Region Serve Time

REEDA : Redness, Edema, Ecchymosisekimosis, Discharge, Approximate

SDK : Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia

SMART : Specific Measurable Achievable Timing

WHO : World Health Organization

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan	66
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan.....	81
Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang	103
Tabel 4.3 Hasil Data Laboratorium.....	104
Tabel 4.4 Analisa Data Keperawatan.....	109
Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan	114
Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan.....	116
Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan.....	123
Tabel 4.8 Hasil Evaluasi Keperawatan	153

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 involusi uterus	10
----------------------------------	----

LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Pengkajian Keperawatan

Lampiran 2 Lembar Konsul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM SPONTAN
DI RSUD Dr KANUJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN TAHUN 2021**

ABSTRAK

Pendahuluan : Post Partum atau masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu pada masa ini ibu akan mengalami perubahan fisiologis dan psikologis yang akan berpengaruh pada kesehatan ibu pasca partum sehingga perlu dilakukan kunjungan masa nifas untuk menilai status kesehatan ibu dan bayi penelitian ini bertujuan memberikan dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Metode : Metode yang digunakan adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus pendekatan Asuhan Keperawatan dengan melibatkan 2 responden. Pengumpulan data menggunakan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi. Instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatans sesuai ketentuan yang berlaku.

Hasil dan Pembahasan : Pada klien 1 dan klien 2 masalah yang sama yaitu nyeri akut, dan gangguan pola tidur. Kemudian masalah yang berbeda pada klien 1 meliputi menyusui tidak efektif, Ansietas, Resiko Infeksi dan masalah pada pasien 2 yaitu Menyusui efektif sedangkan pada bayi masalah yang sama ditemukan bayi 1 dan 2 mengalami resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan primer kemudian pada klien masalah yang berbeda yaitu resiko defisit nutrisi bd Asi tidak lancar dan Resiko hipotermia

Kesimpulan dan saran : Berdasarkan pelaksanaan Asuhan keperawata yang telah dilakukan Pada klien dan klien 2 terdapat 4 masalah yang teratasi dengan baik dan 1 masalah yang teratasi sebagian. Sedangkan pada bayi semua masalah teratasi, Maka saran bagi peneliti selanjutnya agar dapat memperpanjang waktu perawatan agar hasil yang di dapatkan lebih optimal.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Post Partum Spontan

NURSING CARE FOR SPONTANEOUS POST PARTUM PATIENTS

At RSUD Dr KANUJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN IN 2021

ABSTRACT

Introduction : *Post Partum or the puerperium is a period that begins after the placenta comes out and ends when the uterine organs return to their original state. The postpartum period lasts for approximately 6 weeks at this time the mother will experience physiological and psychological changes that will affect the health of the postpartum mother so it is necessary to conduct a postpartum visit to assess the health status of the mother and baby. This study aims to provide and apply nursing care to patients spontaneous post partum at Dr Kanujoso Djatiwibowo Hospital, Balikpapan.*

Methods: *The method used is descriptive in the form of a case study of the Nursing Care approach involving 2 respondents. Data collection using nursing care which includes Assessment, Nursing Diagnosis, Intervention, Implementation, and Evaluation. The data collection instrument uses the Nursing Care assessment format in accordance with applicable regulations.*

Results and Discussion: *In client 1 and client 2 the same problem is acute pain, and sleep pattern disturbances. Then the different problems in client 1 include ineffective breastfeeding, anxiety, risk of infection and problems in patient 2, namely effective breastfeeding, while in infants the same problem is found in infants 1 and 2 experiencing risk of infection bd inadequacy of primary defense then on clients a different problem, namely risk nutrition deficit bd breast milk is not smooth and the risk of hypothermia*

Conclusions and suggestions: *based on the implementation of nursing care that has been carried out there are 4 problems that are well resolved and 1 problem that is partially resolved. While in infants the problem is resolved, then suggestions for further researchers are to be able to extend the treatment time so that the results obtained are more optimal.*

Keywords: *Nursing Care, Spontaneous Post Partum*

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, serta berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan atau kekuatan ibu sendiri (Kurniaarum, 2016).

Setelah melewati masa persalinan ibu akan memasuki masa nifas atau yang disebut dengan post partum. Post partum spontan adalah waktu dimana proses penyembuhan dan perubahan, waktu sesudah melahirkan sampai sebelum hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru (martalia, 2012). Pada masa nifas ibu akan mengalami perubahan fisiologis dan perubahan psikologis yang akan berpengaruh pada kesehatan ibu pasca partum. pada ibu post partum perubahan fisiologi meliputi perubahan reproduksi, sehingga memiliki resiko infeksi hal ini perlu mendapatkan perhatian yang lebih dikarenakan lebih dari 60 % Angka kematian terjadi pada masa nifas (martalia, 2012)

Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2019) Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator Keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari sekitar 830 wanita Meninggal karena sebab yang tidak dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan pasca persalinan. AKI termasuk salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat yang menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab

kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganan selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilannya per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 Adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu Adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia Masih tertinggi di antara negara ASEAN dan trend penurunannya sangat lambat.

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDK) 2012 memberikan hasil angka kematian ibu terjadi 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata Kematian ini jauh melonjak dibanding Hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu. Dalam hal ini, meningkatnya AKI ini Menjadi tantangan besar bagi bangsa Indonesia, Lebih dari 500.000 wanita Berusia 15–49 tahun meninggal karena kasus Yang berhubungan dengan kehamilan dan Persalinan, dan menjadi penyebab utama Kematian wanita pada kelompok usia tersebut. (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Berdasarkan Profile kementerian kesehatan Balikpapan pada tahun 2017 – 2019 Angka kematian ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR) dikota Balikpapan terdapat 64 kasus kematian ibu Angka kematian ibu pada tahun 2019 sejumlah 8 kasus, terdiri dari 7 kasus penyebab langsung dan 1 kasus adalah penyebab tidak langsung. oleh

beberapa penyebab kematian, yakni perdarahan post partum (HPP). (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2019).

Berdasarkan hasil studi kasus yang telah dilakukan peneliti di ruang Bougenvile rumah sakit dr kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan agustus tahun 2020 hingga mei 2021 terdapat 280.000 angka persalinan dengan melahirkan secara spontan. Dengan demikian angka persalinan dan masa nifas pada kota Balikpapan semakin meningkat, dalam hal ini pelayanan kesehatan adalah prioritas utama dalam penanganan post partum.

Post partum spontan atau dikenal dengan istilah masa nifas Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan post partum karena atonia uteri.

Menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013) Dampak post partum yang sering terjadi yaitu perubahn fisiologi dan psikologi pada ibu post partum yang akan menimbulkan Masalah yang bisa ditemukan yaitu infeksi masa nifas, masalah payudara seperti masitis, abses payudara, bendungan asi, pendarahan post partum, inversio uteri, tromboflebitis, dan bahkan dapat menimbulkan kematian. Dalam hal ini pelayanan kesehatan adalah prioritas utama pada ibu post partum, selain itu hal yang penting dalam post partum adalah melakukan IMD atau Inisiasi menyusui dini untuk ibu dan bayi.

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas yaitu kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali, kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Nurliana Mansyur, 2014).

Kunjungan masa nifas merupakan salah satu tahapan dalam asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan tujuan untuk mengetahui kesehatan ibu apakah normal atau tidak normal. Assuhan masa nifas diawali dengan melakukan Pengkajian Dari melakukan pemeriksaan vital sign meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan Pernapasan, kemudian pada kepala dan wajah, dada, payudara, ekstremitas atas, abdomen, Pengkajian involutio uteri, pengkajian diastasi recti abdominus, vulva, Vagina, dan lochea, pengkajian perineum fokus pada ruptur perineum dan ekstremitas.

Perawatan pada Masa post partum diperlukan pada masa nifas dengan tujuan ibu dapat melakukan adaptasi fisiologi dan psikologi pada pasca partum, Pada fase ini ibu mengalami adanya perubahan pada tubuh terutama pada sistem reproduksi yaitu adanya pengerutan pada dinding rahim atau involusi, lokea, perubahan serviks, vulva, vagina, perineum dan pada sistem pencernaan terdapat adanya pembatasan pada asupan nutrisi dan cairan yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit serta akan menimbulkan keterlambatan pemulihan fungsi tubuh . (Kurniaarum, 2016)

Peran perawat dalam perawatan masa nifas atau post partum adalah memberikan asuhan Keperawatan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mencegah terjadinya Komplikasi pasca persalinan. Oleh sebab itu

Asuhan keperawatan ibu post partum pada persalinan normal atau spontan dilakukan dengan tujuan dengan bahwa Setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga Membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk Menyusun Proposal sebagai salah satu syarat untuk Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan dengan mengambil Kasus berjudul “Asuhan Keperawatan Pada pasien Post Partum spontan Di Rsud dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang di uraikan maka rumusan masalah dalam penulisan proposal ini yaitu Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada Pasien Post partum Spontan?

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Agar mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien post Partum spontan

2. Tujuan khusus

a. Melakukan pengkajian atau analisis data pada Pasien dengan Post partum spontan

b. Menegakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Post Partum Spontan

- c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan Post Partum Spontan
- d. Melakukan rencana tindakan asuhan keperawatan pada pasien Post partum Spontan
- e. Mengevaluasi tindakan pada asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan.

D. Manfaat Study Kasus

1. Manfaat peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai ilmu pengetahuan yang menambah wawasan peneliti yang berhubungan dengan keperawatan maternitas

2. Manfaat bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tolak ukur serta upaya meningkatkan kualitas pelayanan

3. Manfaat bagi ilmu keperawatann

Hasil penelitian ini di harapkan sebagai bahan bacaan dan Menambah wawasan bagi mahasiswa kesehatan khususnya mahasiswa Keperawatan dalam hal penambahan pengetahuan dan perkembangan Tentang post partum

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Post Partum Spontan atau Normal

1. Pengertian

Post partum adalah selang waktu antara kelahiran bayi sampai Dengan pulihnya organ reproduksi seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut Masa nifas (puerperium), atau trimester keempat kehamilan, masa nifas biasanya Berkisar antara 6 minggu atau lebih bervariasi antara ibu satu dengan ibu yang Lainnya (Fatimah & Nuryaningsih, 2018)

Partus di anggap spontan atau normal jika ibu hamil berada dalam Masa aterm, tidak terjadi komplikasi, terdapat satu janin presentasi puncak Kepala dan persalinana selesai dalam 24 jam. Setelah masa nifas organ reproduksi secara berlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60% terjadi pada masa nifas. Dalam Angka Kematian Ibu (AKI) adalah penyebab banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab kurangnya perhatian pada wanita post partum (Maritalia, 2012)

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar Dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan Semula atau sebelum hamil, masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga Kesehatan untuk selalu

melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang Kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, Bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti sepsis Puerperalis. Jika ditinjau dari penyebab kematian para ibu, infeksi Merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan Sehingga sangat tepat jika para tenaga kesehatan memberikan perhatian Yang tinggi pada masa ini.

2. Klasifikasi post partum

Tahap Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

1) Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan Berjalan-jalan

2) Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu

3) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan ala-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu

4) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Zedadra et al., 2019).

3. Etiologi

Etiologi post partum Dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Post partum dini

Post partum dini adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, Robekan jalan lahir dan hematoma.

b. Post partum lambat

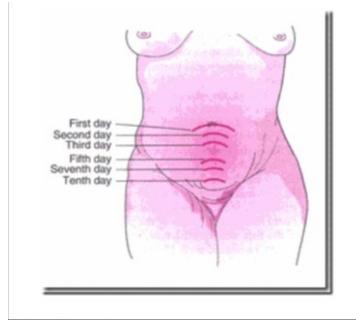
Post partum lambat adalah tertinggalnya sebagian plasenta, Ubinvolusi didaerah insersi plasenta dari luka bekas secsio Sesaria (Ny et al., 2019)

4. Patofisiologi

a. Adaptasi fisiologis Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

involusi Pada Uterus terjadi Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses Dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat Sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir Akibat kontraksi otot-otot polos uterus (ambarwati, 2010, hal. 29). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan Pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU-nya (tinggi Fundus uteri).



Gambar 1.1

Involusi Uterus Masa Nifas

Sumber: Nurhalimah, 2014. 4

Pada uterus terjadi proses involusi, Proses involusi adalah proses kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promonorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar sewaktu usia kehamilan 16 minggu (kira- kira sebesar jeruk asam) dan beratnya kira-kira 100 gr (ambarwati, 2010). Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus, perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam pada hari posntpartum keenam fundus normal akan berada dipertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis. Uterus tidak bisa dipalpasi pada abdomen pada hari ke-9 pascapartum.. Uterus

pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr (11 sampa 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada didalam panggul sejati lagi. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pertumbuhan uterus prenatal bergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan hipertrofi sel-sel yang telah ada. Pada masapostpartum penurunan kadar-kadar hormon ini menyebabkan terjadinya autolisis, kerusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Hal inilah yang menjadi penyebab ukuran uterus yang sedikit lebih besar setelah hamil (sunarsih, 2012).

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab subinvolusi yang paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi. (sunarsih, 2012).
Proses involusi uterus adalah sebagai berikut.

a) Iskemia miometrium

Adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi. (sunarsih, 2012)

b) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat Proses involusi uterus adalah sebagai berikut. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron. (sunarsih, 2012).

c) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

d) Efek oksitosin

oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika

keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis. Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. Hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening. (sunarsih, 2012)

2) Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus (sunarsih, 2012). Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka. setelah plasenta dan membran plasenta dikeluarkan, tempat plasenta menjadi area yang menonjol, nodular, dan tidak beraturan. Konstriksi vaskular dan trombus menyumbat pembuluh darah

yang ada dibawah tempat plasenta tersebut. Kondisi ini menyebabkan homeostasis (untuk mengontrol perdarahan pascapartum) dan menyebabkan beberapa nekrosis daerah endometrium. Involusi terjadi karena adanya perluasan dan pertumbuhan ke arah bawah endometrium tepi dan karena regenerasi endometrium dari kelenjar dan stroma pada daerah desidua basalis. Kecuali pada tempat plasenta, yaitu proses involusinya belum komplet sampai 6 hingga 7 minggu setelah kelahiran, proses involusi di rongga yang lain komplet pada akhirnya minggu ketiga pascapartum. (Fitriahadi & Utama, 2018).

3) Perubahan Pada Servik

Servik mengalami involusi bersama-sama uterus, Perubahan-perubahan yang terdapat pada servik yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik uteri terbentuk semacam cincin. Warna servik sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. (sunarsih, 2012). Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan.

Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis. Pada servik terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan servik memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pinggir sampingnya, Oleh karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada servik. (sunarsih, 2012).

4) Perubahan Pada Vagina dan Perineum

Vagina menjadi lunak dan membengkak dan memiliki tonus yang buruk setelah persalinan. Setelah tiga minggu, vaskularisasi, edema dan hipertropi akibat kehamilan dan persalinan berkurang secara nyata. Ketika sel-sel vagina diperiksa secara mikroskopik, epitelium tampak atropik sampai minggu ketiga hingga minggu keempat, tetapi sel-sel tersebut mencapai kembali indeks estrogen sebagaimana mestinya pada minggu ke-6 sampai minggu ke-10 pascapartum. Defisiensi estrogen yang relatif ini berperan pada penurunan lubrikasi vagina dan penurunan vasokongesti, yang menyebabkan penurunan respons seksual pada minggu-minggu awal setelah melahirkan. Vagina bagian bawah pada umumnya mengalami banyak laserasi superfisial setelah melahirkan pada primipara mungkin memiliki robekan kecil pada vasia di bawahnya

dan otot-otot vagina. Kebanyakan dari laserasi tersebut sembuh sendiri sampai pascapartum minggu ke-6. Rugae vagina muncul kembali pada pascapartum minggu ke-4, tetapi banyak dari rugae tersebut secara permanen masih merata. Setelah melahirkan, rugae tidak setebal pada nulipara. Mukosa vagina menebal ketika fungsi ovarium kembali dan sering kali tetap atropik pada wanita yang menyusui sampai mereka mengalami menstruasi kembali. Segera setelah melahirkan, introitus vagina mengalami edema dan eritematosa. Jika terdapat laserasi atau episiotomi, kondisi edema dan eritematosa pada introitus vagina makin parah pada area perbaikan. Jika tidak terdapat infeksi atau hematoma, perineum dan introitus sembuh dengan cepat (Amanu, 2015).

b. Adaptasi psikologis post partum dibagi menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase taking in / ketergantungan

Fase ini dimulai hari pertama dan hari kedua setelah melahirkan dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

2) Fase taking hold / ketergantungan tidak ketergantungan

Fase ini dimulai pada hari ketiga setelah melahirkan dan berakhir pada minggu keempat sampai kelima. Sampai hari ketiga ibu siap untuk menerima peran barunya dan belajar tentang semua hal-hal baru. Selama fase ini sistem pendukung menjadi sangat bernilai bagi ibu muda yang membutuhkan sumber informasi dan penyembuhan fisik sehingga ia dapat istirahat dengan baik.

3) Fase letting go

saling ketergantungan Dimulai sekitar minggu kelima sampai keenam setelah kelahiran. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasan rutinnnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali.(Bobak, 2019)

5. **Manifestasi klinis**

Periode post partum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir Sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum Hamil. Periode ini kadang-kadang disebut *puerperium* atau trimester Keempat kehamilan.

a. Sistem reproduksi

- 1) Proses involusi : Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.
- 2) Kontraksi Kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, hormon oksigen yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah dan membantu hemostasis
- 3) Tempat plasenta Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskular dan trombus menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur.

4) Lochea

Lochea rubra terutama mengandung darah dan debris trofoblastik. Lochea serosa terdiri dari darah lama, serum, leukosit dan denrus jaringan. Lochea alba mengandung leukosit, desidua, sel epitel, mukus, serum dan bakteri. Lochea alba bisa bertahan 2-6 minggu setelah bayi lahir.

5) Serviks

Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan.

6) Vagina

Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir.

b. Sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Penurunan hormon human plasental lactogen, esterogen dan kortisol, serta placental enzyme insulinase membalik efek diabetagenik kehamilan. Sehingga kadar gula darah menurun secara yang bermakna pada masa puerperium.

2) Hormon hipofisis

Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui tampaknya berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar follikel-stimulating hormone

terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui di simpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat.

c. Sistem Abdomen

Apabila wanita berdiri di hari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil.

d. Sistem urinarius

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk Buang Air Kecil (BAK) dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Pada post partum Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal selama 6 minggu. Dinding kandung kemih memperlihatkan odema dan hyperemia, kadang-kadang odem trigonum yang menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih

tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). Dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi.(Bobak, 2019)

e. Sistem pencernaan

Ada 3 perubahan system pencernaan menurut (Zedadra et al., 2019)

1) Nafsu makan Ibu post partum normal atau spontan biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ibu boleh mengonsumsi makanan ringan dan siap makan pada 1-2 jam post-primordial, serta dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan sering ditemukan. Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesik dan anestesia bisa memperlambat

pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan Usus

Buang Air Besar (BAB) secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid. Kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. Kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus.

f. Sistem eliminasi

pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Supositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi, terjadinya konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu BAB.

g. Payudara

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesteron, human chorionik gonadotropin, prolaktin, kortisol, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Ibu tidak menyusui : Kadar prolaktin akan menurun dengan cepat pada wanita yang tidak menyusui Ibu yang menyusui : Sebelum laktasi dimulai, payudara terasa lunak dan suatu cairan kekuningan, yakni kolostrum

h. Sistem kardiovaskuler

Deuresis atau peningkatan kadar darah terjadi akibat adanya penurunan hormon estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya tetap tinggi dari pada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan sectio cesaria menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik pada persalinan sectio cesaria, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan dekompensasi kardis pada penderita vitium kordia. Hal ini dapat

diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima post partum

i. Sistem neurologi

Perubahan neurologis selama puerperium merupakan kebalikan adaptasi neurologis yang terjadi saat wanita hamil dan disebabkan trauma yang dialami wanita saat bersalin dan melahirkan.

j. Sistem muskuluskeletal

Adaptasi sistem muskuluskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil Adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran rahim

k. Sistem integument

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir (Amanu, 2015).

6. Kunjungan post partum

- a. kunjungan 1 (6-8 jam setelah persalinan)
 - 1) Mencegah terjadinya perdarahan pasca nifas
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila terjadi perdarahan berlanjut
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan pascapersalinan atau atonia uteri
 - 4) Pemberian ASI secara awal
 - 5) Mengajarkan cara bonding and attachment
 - 6) Mencegah terjadinya hipotermi Observasi 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayi stabil
- b. kunjungan 2 (6 hari setelah persalinan)
 - 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau pada genitalia.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau kelainan pasca persalinan
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit

5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan kepada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

c. kunjungan 3 (2 minggu setelah persalinan)

1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau

2) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau kelainan pasca persalinan

3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat

4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit

5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan kepada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

d. kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)

Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayinya

Memberikan konseling KB secara dini.(Fitriahadi & Utama, 2018)

7. Tanda – Tanda Bahaya Post Partum

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Tanda-tanda yang mengancam terjadinya robekan perineum antara lain :

- 1) Kulit perineum mulai melebar dan tegang.
- 2) Kulit perineum berwarna pucat dan mengkilap.
- 3) Ada perdarahan keluar dari lubang vulva, merupakan indikasi robekan pada mukosa vagina (Dian Nintya Sari Mustika, siti Nurjanah, 2018).

8. Komplikasi

a. Perdarahan

Kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran kriteria perdarahan didasarkan pada satu atau lebih tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Kehilangan darah lebih dai 500 cc
- 2) Sistolik atau diastolik tekanan darah menurun sekitar 30 mmHg
- 3) Hb turun sampai 3 gram %.

penyebab utama perdarahan antara lain.

- 1) Atonia uteri pada atonia uteri uterus tidak mengadakan kontraksi dengan baik dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.

- 2) laserasi jalan lahir perlukaan serviks, vagina dan perineum dapat menimbulkan perdarahan banyak bila tidak direparasi dengan segera dan terasa nyeri.
 - 3) Retensio plasenta, hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus. Sisa plasenta atau selaput janin yang menghalangi kontraksi uterus sehingga masih ada pembuluh darah yang tetap terbuka
 - 4) Ruptur uteri, robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah jalan lahir hidup.
- b. Inversio uteri
 - c. Infeksi puerperalis
Infeksi puerperalis definisikan sebagai infeksi saluran reproduksi selama masa post partum Insiden infeksi puerperalis ini 1 % - 8 %, ditandai adanya kenaikan suhu $> 38^{\circ}C$ dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum.
 - d. Endometritis
Endometritis adalah infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis
 - e. Mastitis yaitu infeksi pada payudara.
 - f. Infeksi saluran kemih Insiden mencapai 2-4 % wanita post partum, pembedahan meningkatkan resiko infeksi saluran kemih. Organisme terbanyak adalah Entamoba coli dan bakteri gram negatif lainnya.

g. Tromboplebitis dan thrombosis

Semasa hamil dan masa awal post partum, faktor koagulasi dan meningkatnya status vena menyebabkan relaksasi sistem vaskuler, akibatnya terjaditrom boplebitis (pembentukan trombus di pembuluh darah dihasilkan dari dinding pembuluh darah) dan thrombosis (pembentukan trombus) tromboplebitis superfisial terjadi 1 kasus dari 500 – 750 kelahiran pada 3 hari pertama post partum. yaitu partikel berbahaya karena masuk ke pembuluh darah kecil Post partum depresi atau baby bluse Suatu keadaan ibu bingung dan merasa takut pada dirinya. Tandanya antara lain, kurang konsentrasi, kesepian tidak aman, perasaan obsepsi cemas, kehilangan kontrol, dan lainnya. (Bobak, 2019).

9. **Penatalaksanaan**

penatalaksanaan yang diperlukan untuk klien dengan post partum adalah sebagai berikut:

- 1) Meperhatikan kondisi fisik ibu dan bayi.
- 2) Mendorong penggunaan metode-metode yang tepat dalam memberikan makanan pada bayi dan mempromosikan perkembangan hubungan baik antara ibu dan anak
- 3) Mendukung dan memperkuat kepercayaan diri si Ibu dan memungkinkannya mingisi peran barunya sebagai seorang Ibu, baik dengan orang, keluarga baru, maupun budaya tertentu.(Turlina & Wijayanti, 2015).

B. Konsep dasar laktasi post partum

1. Pengertian laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Masa laktasi bertujuan untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapat kekebalan tubuh secara alami. Komposisi ASI berbeda dari hari ke hari. Komposisi ASI dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Kolostrum

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari pertama sampai hari ketiga setelah bayi lahir. Kolostrum memiliki tekstur agak kasar karena mengandungbutiran lemak dan sel-sel epitel, lebih kental, berwarna kekuning-kuningan. Kolostrum mengandung beberapa manfaat antara lain sebagai pembersih selaput usus bayi dan memberikan perlindungan tubuh terhadap infeksi.

b. ASI masa transisi

Air susu ibu pada masa transisi diproduksi mulai hari keempat sampai dengan hari kesepuluh setelah kelahiran bayi. Kadar protein pada ASI mas

2. Fisiologi laktasi .

laktasi atau proses menyusui merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan beberapa jenis hormon. Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu:

a. Pembentukan kelenjar payudara

1) Masa kehamilan

Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan dan lobulus, yang dipengaruhi oleh hormon plasenta dan korpus luteum. Hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan adalah prolaktin, laktogen plasenta, karionik gonadotropin, insulin, kortisol, hormon tiroid, hormon paratoroid, hormon pertumbuhan.

2) Pada 3 bulan kehamilan

Prolaktin dari adenohipofise atau hipofise anterior mulai merangsang kelenjar air susu untuk menghasilkan air susu yang disebut kolostrum. Pada masa ini pengeluaran kolostrum masih dihambat oleh estrogen dan progesterone, tetapi jumlah prolaktin meningkat hanya aktivitas dalam pembuatan kolostrum yang ditekan.

3) Pada trimester kedua kehamilan

Laktogen plasenta mulai merangsang untuk pembuatan kolostrum. Keaktifan dari rangsangan hormon terhadap

pengeluaran air susu telah didemonstrasikan kebenarannya bahwa seorang Ibu yang melahirkan bayi berumur 4 bulan dimana bayinya meninggal, tetap keluar kolostrum.(Fitriahadi & Utama, 2018)

b. Produksi ASI (Prolaktin)

Pembentukan payudara dimulai sejak embrio berusia 18-19 minggu, dan berakhir ketika mulai menstruasi. Hormon yang berperan adalah hormon estrogen dan progesteron yang membantu maturasi alveoli. Sedangkan hormon prolaktin berfungsi untuk produksi .

1) RefleksiProlaktin

Akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas dikarenakan aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang masih tinggi. Pasca persalinan, yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesteron juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor pemacu sekresiprolaktin. Faktor pemacu

sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

2) Refleks Aliran (Let Down Reflek)

bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior (neurohipofise) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang meningkatkan let down adalah: melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi.

3. Air Susu Ibu

a. Pengertian

ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam organik yang disekresi oleh kedua kelenjar payudara dan merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih serta tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan nasi tim kecuali obat maupun vitamin sesuai anjuran dokter.

Selain memenuhi semua kebutuhan makanan bayi baik gizi, imunologi ASI memberi kesempatan bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayang serta perlindungan bagi bayi yang tidak dapat dialihkan kepada siapapun. ASI eksklusif diberikan sejak 0-6 bulan. Setelah 6 bulan baru mulai diberikan makanan pendamping ASI (MPASI). ASI dapat diberikan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih.

b. Manfaat Pemberian Asi

- 1) Di banding dengan yang lain ASI memiliki beberapa keunggulan yaitu Mengandung semua zat gizi dalam susunan dan jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi.
- 2) Tidak memberatkan fungsi saluran pencernaan dan ginjal.
- 3) Mengandung berbagai zat antibodi sehingga mencegah terjadi infeksi
- 4) Tidak mengandung laktoglobulin yang dapat menyebabkan alergi
- 5) Ekonomis dan praktis Tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar serta bebas dari kuman

c. Manfaat Asi bagi bayi

- 1) Mengandung antibody
- 2) Membantu bayi dalam memulai awal kehidupannya dengan baik
- 3) Mengandung komposisi yang tepat Mengurangi kejadian karies dentis

- 4) Memberi rasa aman dan nyaman pada bayi karena adanya ikatan batin ibu dan bayi
- 5) Terhindar dari alergi
- 6) Meningkatkan kecerdasan
- 7) Membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan menghisap mulut bayi pada payudara.

d. Manfaat Asi bagi ibu

1) Aspek Kontrasepsi

Hisapan bayi pada putting susu merangsang hipofise anterior untuk mengeluarkan prolaktin sehingga menekan produksi estrogen akibatnya ovulasi tidak terjadi. Pemberian ASI saja selama 6 bulan secara efisien akan membrikan efek kontrasepsi sebanyak 98%.

2) Aspek Kesehatan Ibu

Hisapan bayi pada putting susu akan merangsang hipofise posterior mengeluarkan oksitosin. Oksitosin inilah yang membantu involusi uterus sehingga tidak terjadi perdarahan. Selain itu dengan menyusui akan mengurangi resiko kanker payudara dan kanker ovarium 25%.

3) Aspek penurunan berat badan

Ibu yang menyusui lebih mudah kembali ke berat badan semula karena cadangan lemak yang da digunakan dalam produksi ASI.

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Maritalia, 2012)

2. Ciri ciri bayi baru lahir

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan dilahirkan pada umur kehamilan antara 37-42 minggu, berat lahir 2500-4000 gram, panjang badan waktu lahir 48 – 51 cm, warna kulit merah muda / pink, kulit diliputi verniks caseosa, lanugo tidak seberapa lagi hanya pada bahu dan punggung, pada dahi jelas perbatasan tumbuhnya rambut kepala, bayi kelihatan Sehat dan gemuk karena jaringan lemak di bawah kulit cukup, tulang rawan pada hidung dan telinga sudah tumbuh jelas, kuku telah melewati ujung jari, menangis kuat, refleks menghisap baik, pernapasan berlangsung baik (40-60 kali/menit), pergerakan anggota badan baik, alat pencernaan mulai berfungsi sejak

dalam kandungan ditandai dengan adanya atau keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama, alat perkemihan sudah berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan keluarnya air kemih setelah 6 jam pertama kehidupan. pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum dan pada bayi perempuan labia minora ditutupi oleh labia mayor, anus berlubang.

3. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

a. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

b. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu (Kurniaarum, 2016)

c. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kurniaarum, 2016).

d. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika, Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kurniaarum, 2016)

e. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn, dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Kurniaarum, 2016)

f. Pemberian imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi (HB 0) dosis tunggal di paha Kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi. (Kurniaarum, 2016)

g. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. (Kurniaarum, 2016).

h. Pemberian ASI eksklusif ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama 1 jam pertama setelah kelahiran. Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antar kulit bayi dengan kulit ibu.
 - 1) Memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - 2) Mengganti handuk/kain yang basah dan membungkus bayi tersebut dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
 - 3) Memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
 - 4) Apabila telapak bayi terasa dingin periksa suhu aksila bayi
Apabila suhu bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$, segera menghangatkan bayi dengan meletakkan bayi di bawah sinar lampu

b. Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya segera mungkin

1) Memberikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan, mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir, ikatan batin dan pemberian ASI.

2) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi tidak siap dengan menunjukkan rooting reflek. Jangan paksakan bayi untuk menyusui. Jangan memisahkan bayi sedikitnya 1 jam setelah persalinan.

c. Menjaga pernafasan

1) Memeriksa pernafasan dan warna kulit setiap 5 menit. Jika tidak bernafas, melakukan hal-hal sebagai berikut: keringkan bayi dengan selimut atau handuk hangat, menggosok punggung bayi dengan lembut dengan menggunakan telapak tangan.

2) Jika belum bernafas setelah 1 menit mulai resusitasi. 4) Bila bayi sianosis atau kulit biru atau sukar bernafas (frekuensi pernafasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 kali per menit) berikan oksigen dengan kateter nasal.

d. Merawat mata

1) Memberikan Eritromicin 0,5% atau Tetrasiklin 1%, untuk pencegahan penyakit mata. Atau berikan tetes mata perak nitrat atau Neosporin segera setelah lahir.

D. Konsep Masalah Keperawatan

1. Definisi

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

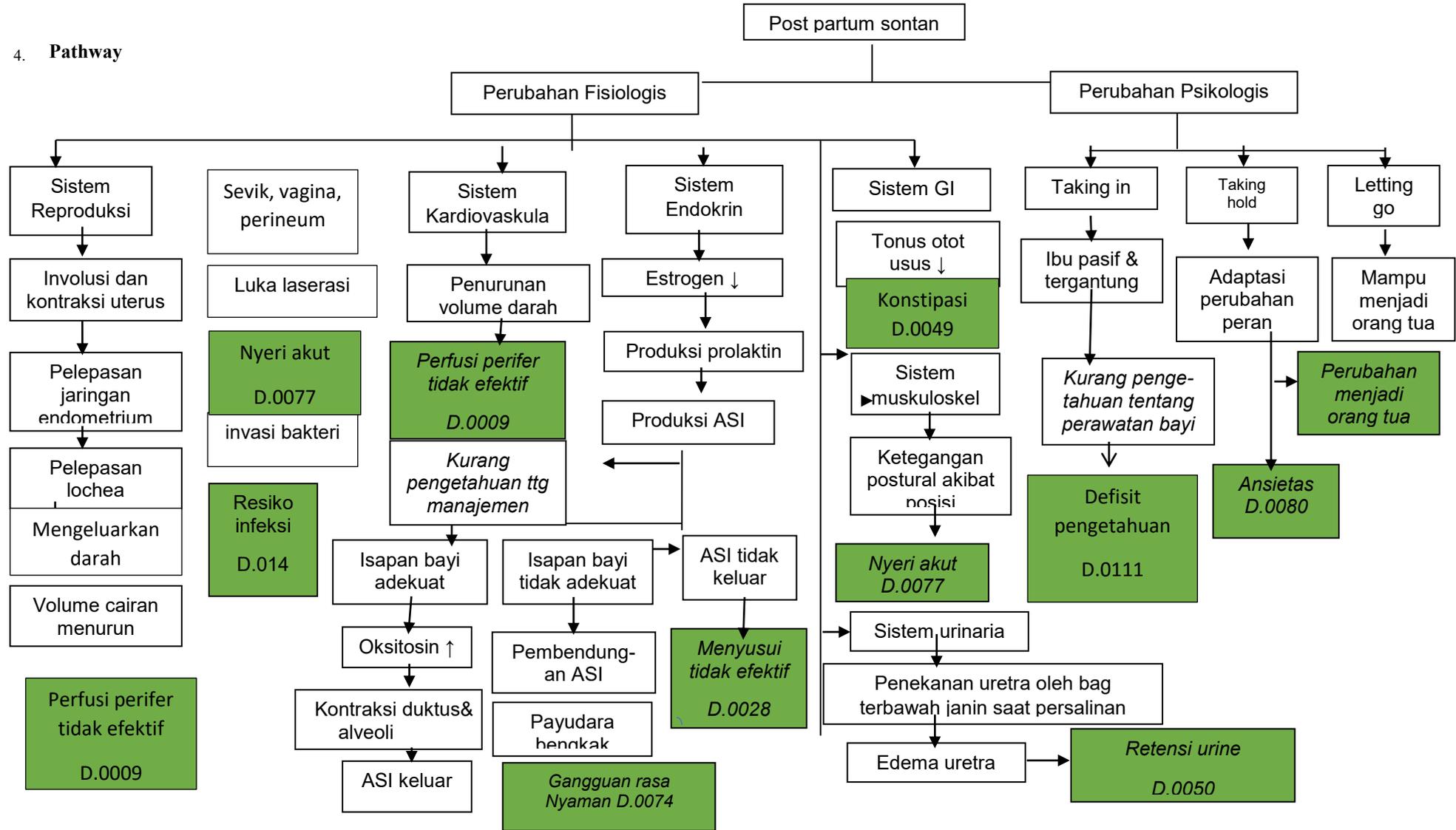
2. Kriteria Mayor & Minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Faktor Yang Berhubungan

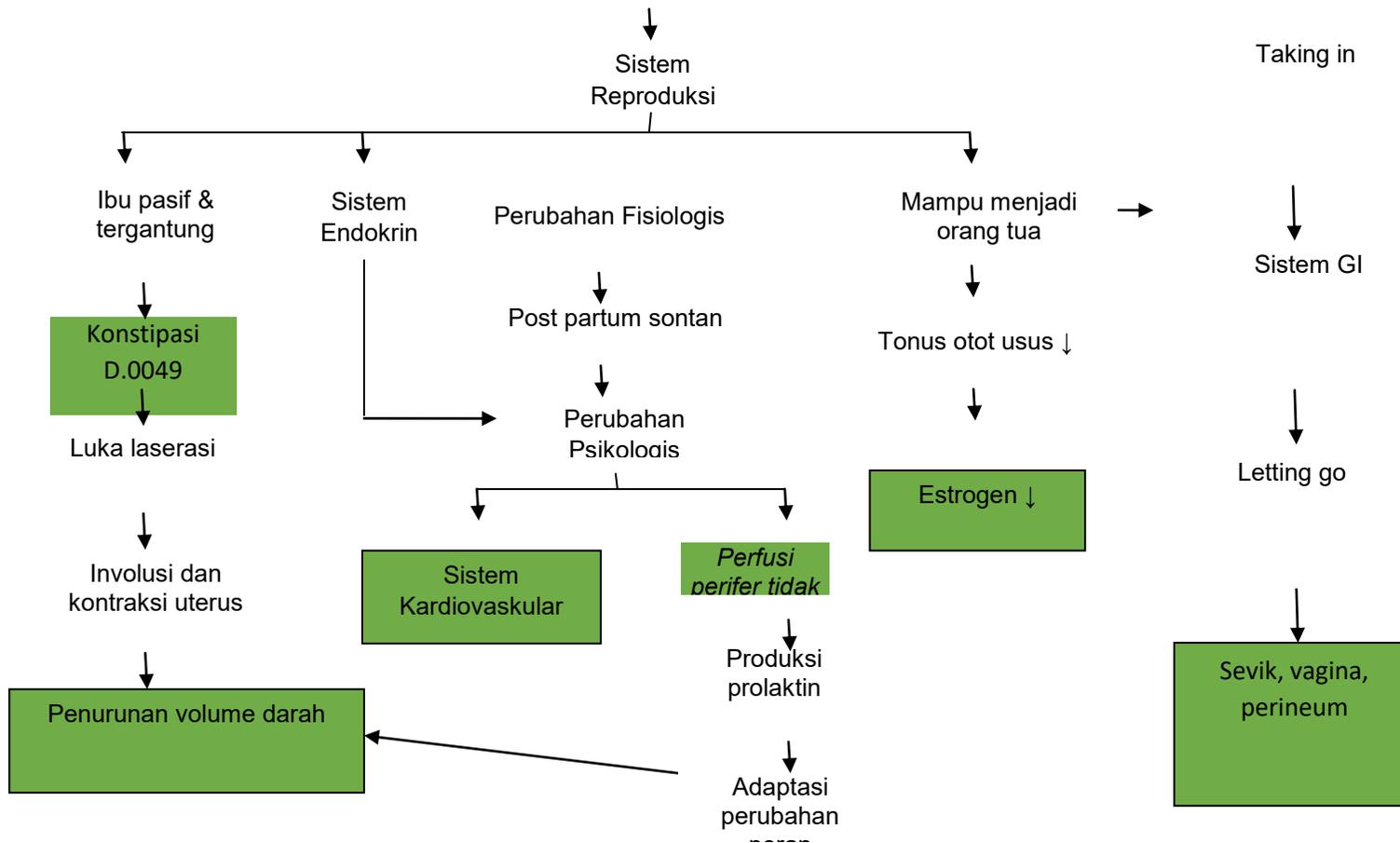
Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

4. Pathway



Pathway bayi baru lahir

Taking hold



5. Masalah keperawatan

Masalah yang mungkin muncul Menurut Masalah yang mungkin muncul pada ibu Post Partum spontan menurut (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

- a. Nyeri akut bd agen pencedera fisik, luka episiotomi post partum spontan Kategengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

kategori : Psikologis

subjkategori : Nyeri dan kenyamanan

Kode : D.0077

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- 1) Mengeluh nyeri.

Obyektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

b. Gangguan rasa aman dan nyaman

Alah perasaan kurang senang lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial

kategori : Psikologis

subkategori : Nyeri dan kenyamanan

Kode : D.0074

Gejala dan Tanda

- 1) Subyektif
- 2) Mengeluh sulit tidur
- 3) Tidak mampu rileks
- 4) Mengeluh kedinginan atau kepanasan
- 5) Mengeluh gatal
- 6) Mengeluh mual
- 7) Mengeluh lelah

Obyektif

- 1) Gelisah
- 2) Menunjukkan gejala distres
- 3) Tampak merintih atau menangis
- 4) Pola eliminasi berubah
- 5) Postur tubuh berubah
- 6) Iritabilitas

c. Perfusi perifer tidak efektif bd volume cairan menurun

Adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Kategori : fisiologi

subkategori : Respirasi

Kode : D.0074

Tanda dan Gejala

Subyektif

- 1) Nyeri ekstermitas

Obyektif

- 1) Pengisian kapiler >3 detik
- 2) Nadi perifer menurun
- 3) Akral terasa dingin
- 4) Warna kulit pucat
- 5) Turgor kulit menurun
- 6) Penyembuhan luka lambat

d. Resiko infeksi bd laserasi jalan lahir

Kategori : lingkungan

subkategori : keamanan dan proteksi

Kode : D.0142

Tanda dan Gejala

(Tidak tersedia)

e. Resiko hipovolemia dan kehilangan

Kategori : Psikologis

subkategori : nutrisi dan cairan

Kode : D.0023

Tanda dan Gejala

Subyektif

- 1) Merasa lemah
- 2) Mengeluh haus

Obyektif

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Tekanan nadi menyempit
- 5) Turgor kulit menurun
- 6) Membran mukosa kering
- 7) Volume urine menurun
- 8) Hematokrit meningkat
- 9) Pengisian vena menurun
- 10) Status mental berubah
- 11) Suhu tubuh meningkat
- 12) Konsentrasi urine meningkat
- 13) Berat badan turun tiba-tiba.

f. Defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan karena laktasi

Kategori : Psikologis

subkategori : nutrisi dan cairan

Kode : D.0023

Tanda dan Gejala

Subyektif

- 1) Cepat kenyang setelah makan
- 2) Kram atau nyeri abdomen
- 3) Nafsu makan menurun

Obyektif

- 1) Bising usus hiperaktif
- 2) Otot pengunyah lemah
- 3) Otot menelan lemah
- 4) Sariawan
- 5) Diare
- 6) Rambut rontok berlebihan

g. Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas ego

Kode : D.0080

Tanda dan Gejala

Subyektif

- 1) Meras bingung
- 2) Merasa khawatir dengan kondid yang akan di hadapi
- 3) Sulit berkonsentrasi
- 4) Mengeluh pusing
- 5) Anoreksia
- 6) Palpitasi
- 7) Merasa tidak berdaya

Obyektif

- 1) Tampak gelisah
- 2) Tampak tegang
- 3) Sulit tidur
- 4) Frekuensi nafas meningkat
- 5) Frekuensi nadi meningkat
- 6) Tekanan darah meningkat
- 7) Muka tampak pucat
- 8) Suara bergetar
- 9) Kontak mata buruk

h. Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas dan istirahat

Kode : D.0055

Tanda dan Gejala

Subyektif

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 4) Mengeluh pola tidur berubah
- 5) Mengeluh istirahat tidak cukup
- 6) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Obyektif

(tidak tersedia)

i. Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan cairan

Kode : D.0029

Tanda dan Gejala

Subyektif

- 1) Kelelahan maternal
- 2) Kecemasan maternal

Obyektif

- 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
- 2) Asi tidak menetes atau memancar
- 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
- 4) Nyeri dan lecet terus menerus setelah minggu kedua.

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental sosial dan lingkungan. Pada tahap pengkajian, kegiatan yang dilakukan adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan data sekunder lainnya (Catatan hasil pemeriksaan diagnostik, dan literatur)

a. Identitas

Nama, alamat, tanggal lahir,

b. Staus kesehatan

- 1) Alasan kunjungan
- 2) Keluhan utama
- 3) Riwayat kesehatan
- 4) Riwayat kesehatan keluarga.

c. Riwayat obstetri dan Ginekologi

- 1) Riwayat haid Menarche usia ke berapa tahun , siklus teratur setiap bulan selama berapa hari, selama haid apakah mengalami nyeri haid yang hebat.

- 2) Riwayat perkawinan
- 3) Riwayat KB
- 4) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan sekarang persalinan ini adalah persalinan yang... , status obserti G P A dengan hamil ke berapa minggu, HPHT, hasil USG menunjukkan klien hamil aterm. ANC dilakukan ya atau tidak, tempat di lakukan ANC Jumlah pemeriksaan ANC sebanyak kali kontrol. Riwayat kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data tentang respons pasien terhadap kelahiran bayinya serta penyesuaian selama masa post partum. Pengkajian awal mulai dengan review prenatal dan intranatal meliputi :

- a) Lamanya proses persalinan dan jenis persalinan
- b) Lamanya ketuban pecah dini
- c) Adanya episiotomi dan laserasi
- d) Respon janin pada saat persalinan dan kondisi bayi baru lahir (nilai APGAR)
- e) Pemberian anestesi selama proses persalinan dan kelahiran
- f) Medikasi lain yang diterima selama persalinan atau periode immediate post partum
- g) Komplikasi yang terjadi pada periode immediate post partum seperti atonia uteri, retensi plasenta.

Pengkajian ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor resiko yang signifikan yang merupakan faktor predisposisi terjadinya komplikasi post partum. Pengkajian status fisiologis maternal. Untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian post partum, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).

2. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya. Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi. Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan post partum.

1) Tekanan darah

Tekanan darah, normal yaitu < 140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami

peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal ini seperti itu jarang terjadi.

2) Suhu

Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38 C, Pada hari ke 4 setelah persalinan suhu Ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38 C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

3) Nadi

Nadi normal pada Ibu nifas adalah 60-100 Denyut Nadi Ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum. Pada ibu yang cemas nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/mnt, Bisa juga terjadi gejala syok karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

4) Pernafasan

pernafasan normal yaitu 16- 20 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena Ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum (> 30 x/mnt) karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.

5) Abdomen

Kaji kebersihan pada abdomen, tampak linea nigra ya/tidak, striae ya /tidak, bekas luka operasi Ya atau tidak. Ibu menggunakan stagen/gurita Ya/tidak. Auskultasi : bising usus x/ menit Palpasi :TFU...jari bawah pusat, kontraksi uteri : baik / tidak baik teraba diastatis rektus.

6) Kepala dan wajah

Rambut, melihat kebersihan rambut, warna rambut, dan kerontokan rambut

7) Wajah

adanya edema pada wajah atau tidak. Kaji adanya flek hitam

8) Mata

konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia karena perdarahan saat persalinan.

9) Hidung

kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis. Infeksi pada ibu postpartum dapat meningkatkan kebutuhan energi.

10) Mulut dan gigi,

tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik.

11) Leher

kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri dan bengkak.

12) Telinga

kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga..

13) Genetelia

kaji apakah Pada genetelia adanya pengeluaran Lochea rubra, ditemukannya bau amis , personal hygien mengganti pembalut berapa kali dalam sehari, varises pada vagiana, tanda tanda REEDA pada jahitan episiotomy

b. Pemeriksaan thorak

a) Inspeksi payudara

Kaji ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi asi, perlu diperhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran masif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi kontur atau permukaan. Kaji kondisi permukaan, permukaan yang tidak rata seperti adanya depresi, retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor.

b) Palpasi Payudara

Pengkajian payudara selama masa post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan serta palpasi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada 1 sampai 2 hari pertama post partum, payudara tidak banyak berubah kecil kecuali sekresi kolostrum yang banyak. Ketika menyusui, perawat mengamati perubahan payudara, menginspeksi puting dan areola apakah ada tanda kemerahan dan pecah, serta menanyakan ke ibu apakah ada nyeri tekan. Payudara yang penuh dan bengkak akan menjadi lembut dan lebih nyaman setelah menyusui.

c) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi Abdomen

- 1) Kaji adakah striae dan linea alba.
- 2) Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras.
Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus

sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi Palpasi Abdomen Fundus uteri Tinggi Segera setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat Hari ke 3 - 4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat Hari ke 5 - 7 post partum TFU pertengahan pusat-symphisis Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi.

- a) Kontraksi, kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukkan konteraksi
- b) uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan. Posisi, posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh

d) Uterus

setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah kelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi. (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).

e) Diastasis rektus abdominis

adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus jika dipalpasi "regangan ini menyerupai belah memanjang dari prosessus xiphoideus ke umbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Diastasis ini tidak dapat menyatu kembali seperti sebelum hamil tetapi dapat mendekat dengan memotivasi ibu untuk melakukan senam nifas. Cara memeriksa diastasis rektus abdominis adalah dengan meminta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal dan mengangkat kepala, tidak diganjal kemudian palpasi abdomen dari bawah prosessus xiphoideus ke umbilikus kemudian ukur panjang dan lebar diastasis.

c) Keadaan kandung kemih

Kaji dengan palpasi kandungan urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urine yang tertampung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan.

d) Ekstremitas atas dan bawah Varises

melihat apakah ibu mengalami varises atau tidak. Pemeriksaan varises sangat penting karena ibu setelah melahirkan mempunyai kecenderungan untuk mengalami varises pada beberapa pembuluh darahnya. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal.

e) Edema

Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar. Refleks patella mintalah ibu duduk dengan tungkainya tergantung bebas dan jelaskan apa yang akan dilakukan. Rabalah tendon dibawah lutut/ patella. Dengan menggunakan hammer ketuklan tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila reflek lutut negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1. Bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi.

f) Perineum

kebersihan Perhatikan kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan.

- REEDA adalah singkatan yang sering digunakan untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perinium. REEDA singkatan (Redness / kemerahan, Edema,

Ecchymosis/ekimosis, Discharge/keluaran, dan Approximate/ perlekatan) pada luka episiotomy. Kemerahan dianggap normal pada episiotomi dan luka namun jika ada rasa sakit yang signifikan, diperlukan pengkajian lebih lanjut. Selanjutnya, edema berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka. Penggunaan kompres es (icepacks) selama periode pasca melahirkan umumnya disarankan.

- Lochia Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lochia pada ibu post partum. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya Ibu postpartum hari ke tujuh harus memiliki lochia yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna lochia masih merah maka ibu mengalami komplikasi postpartum. Lochia yang berbau busuk yang dinamakan Lochia purulenta menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.
- Varises Perhatikan apakah terjadinya varises di dalam vagina dan vulva. Jika ada yang membuat perdarahan yang sangat hebat .

g) Pengkajian status nutrisi

Pengkajian awal status nutrisi pada periode post partum didasarkan padadata ibu saat sebelum hamil dan berat badan

saat hamil, bukti simpanan besi yang memadai (misal : konjungtiva) dan riwayat diet yang adekuat atau penampilan. Perawat juga perlu mengkaji beberapa faktor komplikasi yang memperburuk status nutrisi, seperti kehilangan darah yang berlebih saat persalinan

h) Pengkajian tingkat energi dan kualitas istirahat Perawat harus mengkaji jumlah istirahat dan tidur, dan menanyakan apa yang dapat dilakukan ibu untuk membantunya meningkatkan istirahat selama ibu di rumah sakit. Ibu mungkin tidak bisa mengantisipasi kesulitan tidur setelah persalinan

i) Emosi

Emosi merupakan elemen penting dari penilaian post partum. Pasien post partum biasanya menunjukkan gejala dari "baby blues" atau "postpartum blues" ditunjukkan oleh gejala menangis, lekas marah, dan kadang-kadang insomnia. Postpartum blues disebabkan oleh banyak faktor, termasuk fluktuasi hormonal, kelelahan fisik, dan penyesuaian peran ibu. Ini adalah bagian normal dari pengalaman post partum. Namun, jika gejala ini berlangsung lebih lama dari beberapa minggu atau jika pasien post partum menjadi nonfungsional atau mengungkapkan keinginan untuk menyakiti bayinya atau diri sendiri, pasien harus diajari untuk segera melaporkan hal ini pada perawat, bidan atau dokter.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan. (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

a. Diagnosa ibu post partum spontan

- 1) Nyeri akut bd agen pencedera fisik, luka episiotomi post partum spontan
- 2) Defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan karena laktasi
- 3) Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan bd luka episiotomi perineum
- 5) Resiko infeksi bd luka episiotomi post partum spontan
- 6) Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi
- 7) Defisit pengetahuan bd kurang terpapar informasi tentang kesehatan masa post partum
- 8) Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI

b. Diagnosa bayi baru lahir normal

- 1) Resiko gangguan pertukaran gas bd ketidakseimbangan ventilasi perfusi

- 2) Hipotermia bd.terpapar suhu ruangan rendah
- 3) Resiko infeksi bd efek prosedur invasif
- 4) Resiko ikterik neonatus bd neonatus
- 5) Resiko defisit nutrisi bd. Faktor psikologis

3. Perencanaan atau Intervensi Keperawatan

Penyusunan perencanaan keperawatan diawali dengan melakukan pembuatan tujuan dari asuhan keperawatan. Tujuan yang dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Perencanaan juga memuat kriteria hasil. Pedoman dalam penulisan tujuan kriteria hasil keperawatan berdasarkan SMART,yaitu:

S : *Spesific* (tidak menimbulkan arti ganda).

M : *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibau).

A : *Achievable* (dapat dicapai).

R : *Reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah).

T : *Time* (punya batasan waktu yang jelas).

Karakteristik rencana asuhan keperawatan adalah:

- a. Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah (rasional).
- b. Berdasarkan kondisi klien.
- c. Digunakan untuk menciptakan situasi yang aman dan terapeutik.
- d. Menciptakan situasi pengajaran.
- e. Menggunakan sarana prasarana yang sesuai.

Tabel 2.1 tabel perencanaan

Diagnosa keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut bd agen pencedera fisik. (D.0077)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Nyeri akut bd agen pencedera fisik terpenhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Ekspetasi menurun L. 08066</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>I.O8238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <p>Teraupeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

<p>Gangguan rasa aman dan nyaman bd. Pembengkakan payudara (D.0074)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Gangguan rasa aman dan nyaman teratasi Kriteria hasil : Ekspetasi menurun L. 08066</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nsdi meningkat 	<p>I.08238 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi tidur dan istirahat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgesik yang tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Perfusi jaringan tidak efektif bd volune cairan menurun (D.0075)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Perfusi jaringan tidak efektif bd volune cairan menurun terpenhi Kriteria hasil : Ekspetasi meningkat L.02011.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. denyut nadi perifer membaik 2. Tekanan darah normal 3. Turgor kulit membaik 	<p>I.03116 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovelemia Misalnya frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah 2. Monitor intake dan output cairan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

		<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan iv 2. Kolaborasi pemberian produk darah.
<p>Resiko infeksi bd laserasi jalan lahir (D.0142)</p>	<p>Tujuan</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Resiko infeksi bd laserasi jalan lahir</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Ekspetasi menurun</p> <p>L.14137.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. demam menurun 2. nyeri berkurang 3. kemerahan berkurang 	<p>I.12429</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum 2. Pertahankan perineum tetap kering 3. Berikan posisi nyaman 4. Berikan kompres es jika perlu 5. Berikan pembalut yang menyerap cairan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobsevasi tanda abnormal pada perineum Misalnya infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian anti inflamsi 2. Kolaborasi pemberian analgesik

<p>Resiko syok hipovolemia bd volume darah menurun (D.0039)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Resiko hipovolemia bd volume darah menurun L.03032 Ekspetasi meningkat Kriteria hasil : 1. kekuatan nadi membaik 2. output urine 3. Pengisian kapiler 4. Frekuensi nadi membaik 5. Frekuensi napas membaik</p>	<p>I.02048 Observasi 1. Monitor status kardipulmonal frekuensi nadi kekuatan nadi, frekuensi nafas,tekanan darah 2. Monitor status oksigenasi monitor status cairan meliputi masukan dan keluaran, turgor kulit, dann CRT 3. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil Terapeutik 1. Pertahankan jalan nafas 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 3. Berikan posisi trandelenberg 4. Pasang jalur iv 5. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan kristaloid 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah jika perlu</p>
<p>Defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan karena laktasi (D.0019)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan laktasi terpenhi Ekspetasi membaik Kriteria hasil (L.03030) 1. Frekuensi makan membaik 2. Nafsu makan membaik 3. Indekas masa tubuh normal</p>	<p>I.02048 Observasi 1. Monitor status kardipulmonal frekuensi nadi kekuatan nadi, frekuensi nafas,tekanan darah 2. Monitor status oksigenasi monitor status cairan meliputi masukan dan keluaran, turgor kulit, dann CRT 3. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil Terapeutik 1. Pertahankan jalan nafas 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 3. Berikan posisi trandelenberg 4. Pasang jalur iv 5. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan kristaloid 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah jika perlu</p>

<p>Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua. (D. 0080)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua. Ekspetasi : menurun Kriteria hasil : (L.09093) 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Verbalisasi kebingungan menurun 4. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menuru 5. Frekuensi pernafasan membaik 6. Keluhan pusing menurun Pola tidur membaik</p>	<p>I.09314 Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2) Identifikasi ke,mampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda tanda ansietas Teraupeutik 1. Ciptakan suasana teraueutik untuk menunbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendakan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberi kenyamanan Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusi perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu 3. Anjurkan melakukan kegiatan yang kompetitif,sesuai kebutuhan 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 5. Latihan melakukan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Latih penggunaan mekanisme Pertahankan diri yang tepat</p>
<p>Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi (D.0055)</p>	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi teratasi Ekspetasi : Membaik Kriteria hasil : (L.050450) 1. Kemampuan beraktivitas membaik 2. Keluhan sulit tidur menyrun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan pola tidur berubah</p>	<p>I.12362 Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Teraeutik 1. Sediakan materi dan media pengaturan istirahat dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p>

	<p>menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat 2. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 3. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat misalnya kelelahan
<p>Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)</p>	<p>Tujuan</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI teratasi</p> <p>Kriteria hasil : Membaik (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Berat badan bayi meningkat 4. Miksi bayi lebih dari 8 kali 5. Hisapan bayi meningkat 6. Intake bayi meningkat 7. Menyusui efektif 	<p>I.12393</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi keadaan emosional ibu saatkn di lakukan konseling menyusui 2. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 3. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gunakan teknik mendengarkan aktif. 2) Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik menyusui yang tepatsesuai kkebutuhan ibu

Tabel 2.2 perencanaan bayi baru lahir

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi
Resiko Gangguan Pertukaran gas bd.Ketidakseimbangan perfusi (D.0003)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan Resiko pertukaran gas tidak efektif b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi</p> <p>Ekspetasi: meningkat (L.01003) Kriteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas membaik 2. Pola nafas membaik 	<p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Monitor sumbatan jalan nafas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan hasil pemantauan jika perlu
Resiko Hipotermia bd terpapar suhu lingkungan rendah (D.0140)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien meningkat</p> <p>Kriteria (L.14134)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh mmembaik 2. Suhu kulit membaik 3. Pengisi kapiler membaik 4. Tekanan darah membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Lingkungan suhu rendah , pakaian tipis,) 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang hangat 2. Ganti pakaian atau linan yang basah 3. Lakukan penghangatan pasif 4. menggunakan selimut dan pakaian tebal
Ikterik neonatus (D.0024)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien meningkat</p> <p>Kriteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri menurun 2) Suhu kulit membaik 3) Sensasi membaik 4) Tekstur kulit membaikElastis meningkat 	<p>Intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ikterik paa sklera atau kulit bayi 2. Identifikasi kebutuhan cairan sesuai dengan gestasi dan berat badan 3. Monitor tanda tanda vital selama 4 jam sekali 4. Monitor efek samping fototerapi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan lampu fototerapi dan inkubator 2. Lepaskan pakaian bayi kecualli popok 3. Berikan penutup mata 4. Ukur jarak lampu dan permukaan bayi 5. Biarkan bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan 6. Ganti segera alas dan popok bayi jika BAK/BAB 7. Gunakan linen putih untuk memantukllkan cahaya sebanyak mungkin

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk menyusui sekitar 20-30 menit 2. Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek
<p>Resiko defisit nutrisi bd tidak mampu mencerna makanan (D.0019)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan Resiko defisit nutrisi bd tidak mampu mencerna makanan teratasi</p> <p>Ekspetasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi makan membaik 2. Nafsu makan membaik 	<p>Intervensi I. 030119</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makananyang di sukai 4. Identifikasi jenis makanan dan kebutuhan kalori 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygien sebelum makan jika perlu 2. Fasilitasi program diet 3. Sajikan makan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makan yang tinggi serat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan duduk jika mampu 2. Ajarkan diet yang Kolaborasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan nutrient yang di butukan jika perlu
<p>Resiko infeksi Bd.Ketidaktahanan Tubuh Primer (D.0142)</p>	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien meningkat</p> <p>Kriteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ditemukanya tanda tanda infeksi 2. Suhu tubuh normal 	<p>Intervensi I.14539</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatn kulit pada area edema 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian imuisasi jika perlu

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

5. Evaluasi

Keperawatan Tindakan intelektual yang melingkupi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah berhasil dicapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien. Format evaluasi menggunakan : S.O. A. P

S :Data subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut

O :Data objektif, yaitu data yang di dapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A : Analisa adalah analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan objektif.

P: Planning adalah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatab klien yang optimal. (Hutaen, 2010).

Macam-macam evaluasi :

1) Evaluasi formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis pada catatan perawat

2) Evaluasi sumatif

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan dengan pendekatan SOAP.

S : Data subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut

O : Data objektif, yaitu data yang di dapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan

dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A : Analisa adalah analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan objektif.

P : Planning adalah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.

(PutriF, 2019)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penulisan

Jenis penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien ibu post partum Spontan di RSUD Dr Kanujoso Djatiwibowo. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi, Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan.

B. Subyek penelitian

Subyek dalam penulisan ini adalah dua klien dengan post partum spontan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo dengan kriteria subyek sebagai berikut :

Kritea inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang di harap peneliti untuk memenuhi subyek penelitiannya

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ibu post partum normal
2. Ibu primipara dan multipara

Kriteria eksklusi adalah karakteristik yang dapat menyebabkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat di sertakan dalam subyek penelitian.

Karakteristik eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ibu post partum sectio caesar
2. Ibu yang tidak melahirkan secara spontan

3. Ibu yang memiliki komplikasi dalam kehamilan

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Post partum spontan

Post partum adalah selang waktu antara kelahiran bayi sampai Dengan pulihnya organ reproduksi seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut Masa nifas (puerperium), atau trimester keempat kehamilan, masa nifas biasanya Berkisar antara 6 minggu atau lebih bervariasi antara ibu satu dengan ibu yang Lainnya (Lowdermilk, Perry dan Chasion, 2013).

2. Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan ibu *post partum spontan* adalah bentuk Asuhan berupa pelayanan keperawatan professional yang diberikan kepada klien primigravida maupun multigravida dengan persalinan normal atau spontan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asuhan diberikan dengan tujuan menurunkan tuntutan *self care* untuk meningkatkan kemampuan klien dalam merawat dirinya sendiri dan tidak menempatkan klien pada posisi ketergantungan dengan menggunakan pendekatan perawatan diri atau *self care deficit*. Pengkajian menggunakan format instrument , penegakkan diagnosa menggunakan SDKI, perencanaan menggunakan SIKI dan SLKI, melakukan pelaksanaan dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tanggal 26 April sampai 26 Juni 2021

E. Prosedur penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan ujian proposal
2. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan dari penguji untuk memperoleh persetujuan pengambilan data.
3. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian berupa dengan metode deskriptif yang diawali dengan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui laporan praktek klinik
4. Kasus yang telah di peroleh dikonsultasikan kepada pembimbing setelah kasus disetujui kemudian mahasiswa membuat kasus dari kedua objek.
5. Mahasiswa membandingkan data-data hasil pengkajian.
6. Mahasiswa membandingkan penegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI antara konsep teori dengan kasus.
7. Mahasiswa membandingkan penyusunan perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI antara konsep teori dengan kasus.
8. Mahasiswa membandingkan pelaksanaan pada kasus sesuai dengan perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI pada konsep teori.
9. Mahasiswa melihat kesesuaian pelaksanaan evaluasi terhadap tujuan dan kriteria hasil dengan diagnose yang ditegakkan.

10. Mahasiswa membuat kesimpulan dan saran tentang masalah keperawatan yang ditemukan.

11. Mahasiswa melakukan konsultasi pada pembimbing.

12. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan pada saat konsultasi dengan pembimbing.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpuln data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penyusunan deskriptif dengan melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media laporan klinik kemudian mengulas kasus dari kedua subyek.

2. Instrumen Pengumpulan data

Pada studi kasus in instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan.

G. Keabsahan data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membutuhkan kualitas data atau informasi yaitu mengumpulkan data yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan validitas data yang sesuai, keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara penelitian melakukan deskriptif asuhan keperawatan secara komprehensif.

H. Analisa data

Analisa data pada deskriptif yaitu data studi kasus yang dikumpulkan sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dikaitkan dengan konsep teori, prinsip yang relevan untuk menentukan masalah keperawtan dan membuat kesimpulan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada Bab ini merupakan hasil studi kasus beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum spontan di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pengambilan data dilakukan dengan jumlah sampel sebanyak 2 klien guna membahas tentang keterkaitan dan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada ibu post partum Spontan Selain menyesuaikan lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi dan study kasus

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di antara Mt haryono No 656 Balikpapan. RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo dikenal dengan rumah sakit umum Balikpapan ini yang dibuka 12 september 1949 dan tahun 2016 telah terakreditasi paripurna.

Dalam studi kasus yang dilakukan peneliti menggunakan Ruang Flamboyan C RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 21 juni- 26 juni 2021 ruangan ini adalah ruangan yang di khususkan merawat kasus maternitas dan anak.

Bangunan ruang flamboyan c terdiri dari 8 kamar tidur dengan kapasitas 32 tempat tidur dan 1 ruang tindakan 1 ruang pemandian bayi

dan 1 gudang Kasus yang di rawat di ruangan flamboyan kasus terdapat C meliputi kasus post partum normal, post SC, post partum dengan komplikasi.

2. Gambaran Asuhan Keperawatan

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Pengkajian

Tabel 4. 1 Pengkajian dan Anamnesa Ibu Post Partum spontan

Item pengkajian		Klien 1	Klien 2
A. Identitas			
1.	Nama	Ny. F	Ny. A
2.	Umur	28 Tahun	27 Tahun
3.	Pendidikan	SMA	SMK
4.	Pekerjaan	IRT	IRT
5.	Status pernikahan	Menikah	Menikah
6.	Pernikahan ke	1	1
7.	Lama pernikahan	5 Tahun	4 Tahun
8.	Agama	Islam	Islam
9.	Suku	Bugis	Jawa
10.	No. RM	0081xxxx	0086xxxx
11.	Sumber informasi	Klien	Klien
12.	Tanggal pengkajian	21 juni 2021	22 Juni 2021
B. ANTISIPASTORI (STATUS KESEHATAN)			

a.	Alasan Kunjungan	<p>DS : Seorang wanita Ny. F usia 28 tahun dengan riwayat obstetri G2P2A0 usia kehamilan 38 minggu BB: 68 Kg sebelum kehamilan BB : 58 Kg, tinggi badan 153 cm, saat ini pasien mengatakan ini adalah persalinan yang kedua dengan HPHT 18/09/2020 dan HPL 26/06/ 2021. saat kehamilan pasien jarang melakukan pemeriksaan kehamilan karena sibuk berjualan di rumah, selama kehamilan pasien hanya melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 2 kali di puskesmas selama kehamilan pasien melakukan USG sebanyak 2 kali di klinik ibnu sina pada kehamilan 6 bulan dan 8 bulan. Ny F berkata pada tanggal 19 juni 2021 pasien mengalami kontraksi pada pukul 19.00 sebanyak 2 kali dalam 10 menit durasi 15-25 detik, pasien mengatakan perut terasa mulas dan tidak nyaman. Pada pukul 20.30 pasien mengatakan terjadi kontraksi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 20-30 detik saat selesai beraktivits pasien mengatakan pada pukul 21.45 pasien beristirahat kemudian pada pukul 22.00 wita pasien mengalami kontraksi kembali dengan 3 kali dalam 10 menit durasi 20-30 detik kemudian pasien memutuskan untuk pergi ke UGD RSUD dr kanujoso Djatiwibowo balikpapan. Saat di ugd di lakukan pemeriksaan di ruang ponek terjadi pembukaan kala 1 laten dengan 1-2 cm kemudian pasien di pindahkan ke ruang bogenvile atau ruang bersalin pada pukul 23.00 wita. saat di ruang bogenvile di lakukan pemeriksaan dalam pada pukul 23. 30 wita pembukaan kala 1 laten 3 cm dengan tanda tanda vital 130/90 mmhg, DDJ 135X/menit TFU 32 cm TBJ</p>	<p>DS : Seorang wanita Ny. A usia 27 tahun dengan riwayat obstetri G2P2A0 usia kehamilan 37-38 minggu BB: 62 Kg sebelum kehamilan BB : 51 Kg, tinggi badan 155 cm. saat ini pasien mengatakan ini adalah persalinan yang kedua Dengan HPHT 16/09/2020 dan HPL 23/06/2021 saat kehamilan, selama kehamilan pasien hanya melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 3 kali di puskesmas selama kehamilan pasien melakukan USG sebanyak 1 kali di klinik pada kehamilan 6 bulan . Ny F berkata pada tanggal 20 juni 2021 pasien mengalami kontraksi pada pukul 20.00 wita sebanyak 2 kali dalam 10 menit durasi 15-25 detik, pasien mengatakan perut terasa mulas dan tidak nyaman. Pada pukul 20.30 wita pasien mengatakan terjadi kontraksi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 20-30 detik saat selesai beraktivits pasien mengatakan pada pukul 21.45 wita pasien beristirahat kemudian pada pukul 22.00 wita pasien mengalami kontraksi kembali dengan 3 kali dalam 10 menit durasi 20-30 detik kemudian pada pukul 23.30 wita pasien memutuskan untuk pergi ke UGD RSUD dr kanujoso Djatiwibowo balikpapan. Saat di ugd di lakukan pemeriksaan di ruang ponek terjadi pembukaan kala 1 laten dengan 1 cm kemudian pasien di pindahkan ke ruang bogenvile atau ruang bersalin pada pukul 01..00 wita. saat di ruang bogenvile di lakukan</p>
----	------------------	---	---

		<p>3.150 gram. pasien di lakukan observasi setiap 30 menit pada pukul 01.00 pasien dilakukan pemeriksaan dalam kemudian terjadi pembukaan kala laktif dengan 4 cm. Kemudian pasien di lakukan pemeriksaan kembali pada pukul 02.00 wita pembukaan maju menjadi pembukaan kala 1 dengan 6 cm kemudian pada pukul 03.00 wita pasien mengeluh kontraksi 4 kali selama 10 menit dengan durasi 20-35 detik DJJ 140X /menit kemudian pasien mengalami persalinan pada pukul 03.15 wita dengan pembukaan kala 2 pasien di lahirkan berjenis kelamin laki laki persalinan spontan. Berat badan 3150 gram tinggi badan 49 cm lingkar kepala 31 cm lingkar dada 33 cm nadi 135 kali permenit RR : 40 kali permenit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status obserti G2P2A0 hamil 38 minggu - HPHT 18/09/2020 - HPL 26/062021 - DJJ 140X/menit - Tanda - tanda vital klien TD : 126/90 mmHg, Nadi : 102 x/menit RR : 20 x/menit suhu : 36,6 °C 	<p>pemeriksaan dalam pada pukul 01.30 pembukaan kala 1 laten 2 cm dengan tanda tanda vital 125/90 mmhg, DDJ 135X/menit TFU 31 cm TBJ 3.100 gram pasien di lakukan observasi setiap 30 menit pada pukul 02.00 wita pasien dilakukan pemeriksaan dalam kemudian terjadi pembukaan kala laktif dengan 4 cm. Kemudian pasien di lakukan pemeriksaan kembali pada pukul 03.00 wita pembukaan maju menjadi pembukaan kala 1 aktif dengan 6 cm kemudian pada pukul 03.00 pasien mengeluh kontraksi 4 kali selama 10 menit dengan durasi 20-35 detik DJJ 140x/menit kemudian pasien mengalami kontraksipersalinan pada pukul 03.15 wita. kemudian pada pukul 03.30 pembukaan lengkap dilakukan persalinan dan bayi lahir pada pukul 04.15 dengang berjenis kelamin laki laki berat badan 3.100 gram tinggi badan 47 cm lingkar kepala 32 cm lingkar dada 33 cm nadi 135 kali permenit RR : 42 kali permenit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status obserti G2P2A0 hamil 37-38 minggu - HPHT 16/09/2020 - HPL 23/06/2021 - Tanda - tanda vital klien TD : 135/90 mmHg, Nadi : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36,7 °C
--	--	--	--

b.	Keluhan utama	DS : - Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dekat kelamin, nyeri saat bergerak, nyeri seperti berdenyut, dan nyeri hilang timbul. DO : - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 5	DS : - Klien mengatakan nyeri pada jalan lahir, nyeri makin bertambah ketika klien bergerak. nyeri seperti tertusuk tusuk, dan nyeri hilang timbul. DO : - Pasien tampak meringis dan tampak melindungi area nyeri - Skala nyeri 4
2. Riwayat obstetri dan ginekologi			
a.	Riwayat haid	DS : - Klien mengatakan menarche pada usia 14 tahun - Siklus haid teratur setiap bulan selama 28 hari - Selama haid klien mengatakan merasakan nyeri haid	DS : - Klien mengatakan menarche pada usia 15 tahun - Siklus haid teratur setiap bulan selama 28 hari - Selama haid klien mengatakan tidak merasakan nyeri
b.	Riwayat perkawinan	DS : - Klien mengatakan menikah pada usia 22 tahun dan ini merupakan pernikahan pertama klien dengan suaminya	DS : - Klien mengatakan menikah pada usia 21 tahun dan ini merupakan pernikahan pertama klien dengan suaminya
c.	Riwayat KB	DS : KB IUD	DS : KB IUD
d.	Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu	DS : - Klien mengatakan Pada persalinan sebelumnya persalinan dilakukan secara normal pervagina berjenis kelamin laki laki Dengan berat badan bayi 3100 gram dengan panjang bayi 49 cm - Klien mengatakan ini	DS : - Klien mengatakan Pada persalinan sebelumnya persalinan dilakukan secara normal pervagina berjenis kelamin laki laki - Dengan berat badan bayi 3250 gram dengan panjang bayi 49 cm - Klien mengatakan ini adalah persalinan yang kedua

		<p>adalah persalinan yang kedua</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status obstetri klien dengan G2P2A0 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status obstetri klien dengan G2P2A0
e.	Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memeriksakan kehamilannya di puskesmas 2 kali <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persalinan ini adalah persalinan yang kedua klien dengan status obstetri G2P2A0 - Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memeriksakan kehamilannya di puskesmas sebanyak 3 kali <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persalinan ini adalah persalinan yang kedua klien dengan status obstetri G2P2A0 - Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis
3. Pemenuhan kebutuhan dasar Manusia			
a.	nutrisi	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan tidak ada makanan pantangan - selama kehamilan pasien jarang mengkonsumsi sayur - selama kehamilan pasien rajin mengkonsumsi vitamin A <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan pola makan 3 kali/sehari dan makanan dihabiskan 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada pantangan makanan - Selama kehamilan pasien rajin mengkonsumsi sayur, buah, daging - Pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mendapatkan pola makan 3 kali/hari dan makanan dihabiskan
b.	eliminasi	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan buang air kecil 3-4 x/hari - Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil - Klien mengatakan BAB 1x perhari - Klien mengatakan nyeri saat buang air besar pada bagian perineum <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka pada perineum 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan buang air kecil 3-7 x/hari - Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil - Klien mengatakan BAB 1-2 kali - Klien mengatakan nyeri saat buang air besar pada bagian perut seperti mulas karena selama beberapa hari sebelum persalinan jarang konsumsi sayur

		<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka pada periuneum pada vagina - Tidak terjadi distensi kandung kemih - Tidak terpasang kateter 	<p>dan buah.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan setelah persalinan jarang makan buah dan sayur <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada oedema - Tidak terpasang kateter
c.	Oksigenasi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak ada sesak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi pernapasan 20 kali/menit - suara nafas vesikuler - suara nafas tambahan tidak ada - pernapasan cuping hidung tidak ada. 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak ada sesak - pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi pernapasan 20 kali/menit - suara nafas vesikuler - suara nafas tambahan tidak ada pernapasan cuping hidung tidak ada.
d.	Aktivitas dan istirahat	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidur malam hanya 1-3 jam - Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena menjaga bayinya - pasien mengatakan dapat beraktivitas setelah 1 hari pertama post partum 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan susah tidur malam karena bayinya yang selalu menangis - pasien mengatakan melakukan mobilisasi pada hari pertama post partum
4. Dukungan sosial			
a.	Dukungan emosi	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan menerima kehamilan dengan senang - Klien mengatakan suami menemani saat kontrol selama kehamilan. 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami selalu menemani saat kontrol kehamilannya - Klien mengatakan saat proses persalinan suami menemaninya
b.	Dukungan informasi	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mendapatkan informasi tentang gizi selama kehamilan - Klien mengatakan sudah mendapatkan informasi tentang tentang cara 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mendapatkan informasi tentang cara merangsang supaya puting susu dapat menonjol - Klien mengatakan

		<p>perawatan payudara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mendapatkan informasi tentang cara memandikan dan merawat tali pusat bayi - Klien mengatakan sudah mendapatkan informasi tentang KB, - nutrisi bayi, dan imunisasi. 	<p>sudah mendapatkan informasi tentang cara memandikan dan merawat tali pusat bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mendapatkan informasi tentang KB, personal hygiene, dan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu
c.	Dukungan fisik	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan yang akan membantu beraktivitas yaitu suaminya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suami pasien tampak membantu menggendong bayi 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan yang akan membantu beraktivitas yaitu suaminya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suami pasien tampak membantu menggendong bayi
d.	Dukungan penghargaan	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami dan keluarga mendukung dalam proses kelahiran. - Klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya ini <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu tersenyum bahagia saat melihat bayinya. 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami dan keluarga mendukung dalam proses kelahiran. - Klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya ini <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu tersenyum bahagia saat melihat bayinya.
5.fungsi keluarga			
		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien sebagai istri dan ibu yang mengasuh anaknya sendiri - suami sebagai kepala rumah tangga dan mencari nafkah utama 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien sebagai istri dan ibu yang mengasuh anaknya sendiri - suami sebagai kepala rumah tangga dan mencari nafkah utama
6.fungsi budaya			

		DS : - Klien mengatakan budaya yang dianut selama dan setelah melahirkan tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan.	DS - Klien mengatakan budaya yang dianut selama dan setelah melahirkan tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan
7. Stress			
		DS : - Pasien mengatakan cemas asinya tidak keluar - Selama kehamilan Pasien mengatakan tidak ada mengalami stres setelah persalinan DO : - Pasien tidak menunjukkan gejala kecemasan	DS : - Pasien mengatakan tidak ada mengalami kecemasan Selama kehamilan - Pasien mengatakan tidak ada mengalami stres setelah persalinan DO : - Pasien tidak menunjukkan gejala stress
8. pemeriksaan fisik ibu			
	Item Pengkajian	Klien 1	Klien 2
1. Kondisi Umum			
1.	Tekanan Darah	130/90 mmHg	125/98 mmHg
2.	Nadi	98x/menit	90 x/menit
3.	Suhu	36,5 °c	36,6 °c
4.	Respirasi	20 x/menit	20 x/menit
5.	GCS	E=4, V=5, M=6, total 15	E=4, V=5, M=6, total 15
2. Pemeriksaan Fisik Head To Toe			
a.	Mata	DO : - Konjungtiva merah muda - Tidak anemis - Sklera berwarna putih - Pupil isokor.	DO : - Konjungtiva merah muda - tidak anemis - Sklera tidak ikterik

b.	payudara	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk payudara simetris, tidak ada luka, ada nyeri, ada bengkak - Puting susu menonjol normal, aerola berwarna hitam - ada nyeri saat ditekan - Terdapat bendungan ASI - Pigmentasi coklat kehitaman - Kolostrum sudah keluar, - ASI tidak lancar - Payudara tampak bersih 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puting susu menonjol tidak ada lecet - Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara - Tidak ada benjolan - Kolostrum sudah keluar - ASI keluar pada kedua payudara - Pigmentasi coklat kehitaman
c.	abdomen	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat luka bekas operasi - Bising usus 10 kali/menit - Tfu 2 jari dibawah pusat - Diastasis rectus abdominalis 5 cm dengan lebar 1 cm - Kontraksi uterus baik 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen tampak bersih - Tampak linea nigra - Terdapat striae - Tidak terdapat luka bekas operasi - Bising usus 10 kali/menit - Tfu 2 jari dibawah pusat - Kontraksi uterus baik - Distensi abdomen tidak ada.
d.	Genitalia	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ganti pembalut 4 kali/sehari - Pasien mengatakan ada jahitan pada perineum - Pasien mengatakan nyeri pada genitalia - Pasien mengatakan nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat lochea rubra - Tercium bau amis - Tanda REEDA pada luka jahitan episiotomi tidak ada <p>R: ada kemerhan E : tidak ada edema E: tidak ada D : tidak ada A: luka belum menyatu</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ganti pembalut 3 kali/sehari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat lochea rubra - Varises vagina tidak ada - Tercium bau amis

e.	Ekstremitas	DO : - Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan - Varises tidak ada	DO : - Oedema pada ekstremitas tidak ada - Varises tidak ada
B. FORMAL			
a.	Riwayat persalinan saat ini	DO : - Pelaksanaan persalinan normal pada tanggal 20 Juni 2021 pukul 03.35 WITA	DO : - Pelaksanaan persalinan normal pada tanggal 21 Juni 2021 pukul 03.55 WITA
b.	Pengkajian Bayi		
1) .	Nama : Tempat tanggal lahir : Umur : Jenis Kelamin: Kondisi umum:	- By.Ny. F - Balikpapan, 20 Juni 2021 - 1 hari - Laki - laki - Composmentis - Reflek Hisap baik	- By.Ny.A - Balikpapan, 21 Juni 2021 1 hari - Laki-Laki - Composmentis - Reflek hisap baik
2) .	Riwayat kelahiran	DO : - By. Ny. F lahir dengan berat 3150 gram - Panjang badan 49 cm - Suhu 36, 6 - Lingkar kepala 32 cm - Lingkar dada 33 - Lanugo jarang - Mekonium hijau encer warna hijau 1 jam sesudah persalinan - Warna tubuh merah muda	DO : - By. Ny. F lahir dengan berat 3100 gram - Panjang badan 47 cm - Suhu 36, 5 - Lingkar kepala 31,5cm - Lingkar dada 33 - Lanugo jarang - Mekonium hijau encer warna hijau 1 jam sesudah persalinan - Warna tubuh merah muda
3) .	Pemeriksaan refleks	DO - Reflek menggengam (+) - Reflek menghisap (+) - Reflek moro (+) - Reflek rooting(+) - Reflek babinski (+)	DO - Reflek menggengam (+) - Reflek menghisap (+) - Reflek moro (+) - Reflek rooting(+) - Reflek babinski (+)
Pemeriksaan fisik			

a)	Kepala	DO : <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk kepala Simetris - Fontanela mayor belum menutup - Pemeriksaan pada didapatkan Mata simetris dan telah membuka - Skelra mata tidak ikterik - Konjungtiva tidak anemis - Tidak ada edema pada palpebra - Pada pemeriksaan telinga didapatkan data terdapat lanugo tipis pada daun telinga tapi jarang, bentuk telinga simetris - Pada pemeriksaan hidung di dapatkan data tidak di temukan polip kedua hidung bersih tidak di temukan secret. - Pada pemeriksaan mulut di dapatkan data - Reflek menelan dan menghisap baik - Tidak di temukan sianosis pada bibir 	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk kepala Simetris - Fontanela mayor belum menutup - Pemeriksaan pada didapatkan Mata simetris dan telah membuka - Skelra mata tidak ikterik - Konjungtiva tidak anemis - Tidak ada edema pada palpebra - Pada pemeriksaan telinga didapatkan data terdapat lanugo tipis pada daun telinga tapi jarang, bentuk telinga simetris - Pada pemeriksaan hidung di dapatkan data tidak di temukan polip kedua hidung bersih tidak di temukan secret. - Pada pemeriksaan mulut di dapatkan data - Reflek menelan dan menghisap baik - Tidak di temukan sianosis pada bibir
b)	punggung	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat Lanugo pada punggung namun jarang 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada lanugo
c)	thorak	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk dada simetris - Pernafasan vesikuler - Suara nafas ronci dan wheezing tidak di temukan - Frekuensi 40 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk dada simetris - Pernafasan vesikuler - Suara nafas ronci dan wheezing tidak di temukan - Frekuensi 40 x/menit
d)	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk abdomen bundar dan simetris - Bising usus terdengar 	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk abdomen bundar dan simetris - Bising usus terdengar
e)	Ekstremitas	DO : <ul style="list-style-type: none"> - Jari jari kaki dan tangan lengkap - Pergerakan tangan dan kaki aktif - Garis telapak kaki 	DO : <ul style="list-style-type: none"> - Jari jari kaki dan tangan lengkap - Pergerakan tangan dan kaki aktif

		terdapat - Warna ekstermitas merah muda	- Garis telapak kaki terdapat - Warna ekstermitas merah muda
f).	Alat reproduksi / genitalia	DO : - Testis telah turun kearah skrotum, penis berlubang dan lubangnya terletak di ujung penis	DO : - Testis telah turun kearah skrotum, penis berlubang dan lubangnya terletak di ujung penis
g)	Fungsi eliminasi	DS - Klien mengatakan bayinya sudah ada BAB dan BAK DO - BAB (+), BAK (+) anus ada	DS - Klien mengatakan bayinya sudah ada BAB dan BAK DO - BAB (+), BAK (+) anus ada
5) Usia kematangan bayi berdasarkan New ballard,s Score			
a)	Kematangan fisik	- Kulit tampak merah muda, licin, halus, vena terlihat (nilai 1) - Lanugo tampak menipis (nilai 2) - Garis telapak kaki terdapat beberapa garis (nilai3) - Payudara tampak aerola muncul sedikit (nilai 2) - Telinga tampak bentuk sempurna membalik seketika (nilai 3) - Genetelia laki laki testis turun rugae bagus (3)	- Kulit tampak merah muda, licin, halus, vena terlihat (nilai 1) - Lanugo tampak menipis (nilai 2) - Garis telapak kaki terdapat beberapa garis (nilai3) - Payudara tampak aerola muncul sedikit (nilai 2) - Telinga tampak bentuk sempurna membalik seketika (nilai 3) - Genetelia laki laki testis turun rugae bagus (3)

b)	Kematangan neuromuskuler	<ul style="list-style-type: none"> - Sikap kedua bahu dan kedua kaki bengkok dan menutup kearah badan (nilai 4) - Sudut siku 0 (nilai 4) - Kelenturan lengan <90 (nilai 4) - Sudut poplitea <90 (nilai 5) - Tanda selempang siku sampai garis axilla (nilai 3) - Tumit ke telinga lutut bengkok tumit sampai 45 derajat dari bidang datar (nilai 4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sikap kedua bahu dan kedua kaki bengkok dan menutup kearah badan (nilai 4) - Sudut siku 0 (nilai 4) - Kelenturan lengan <90 (nilai 4) - Sudut poplitea <90 (nilai 5) - Tanda selempang siku sampai garis axilla (nilai 3) - Tumit ke telinga lutut bengkok tumit sampai 45 derajat dari bidang datar (nilai 4)
6) Pola fungsi kesehatan bayi			
a)	Nutrisi dan metabolisme	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan ASI tidak lancar DO: <ul style="list-style-type: none"> - Asi tidak lancar, produksi ASI tidak adekuat, reflek menghisap baik, bayi menyusu dengan lemah 	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan asinya lancar DO: <ul style="list-style-type: none"> - Asi lancar, reflek menghisap baik, bayi menyusu dengan kuat
b)	Eliminasi	DO <ul style="list-style-type: none"> - Mekonium 8 jam setelah lahir - Bayi BAB 8 am setelah lahir - BAK 6 jam setelah lahir 	DO <ul style="list-style-type: none"> - Mekonium 6 jam setelah lahir - Bayi BAB 6 jam setelah lahir - BAK 6 jam setelah lahir
c)	Istirahat dan tidur	DO <ul style="list-style-type: none"> - Tampak bayi sedang tertidur dengan nyenyak tidak menangis 	DO <ul style="list-style-type: none"> - Tampak bayi sedang tertidur dengan nyenyak tidak menangis
d)	Aktivitas dan latihan	DO <ul style="list-style-type: none"> - Gerak aktif pada bayi (+) 	DO <ul style="list-style-type: none"> - Gerak aktif pada bayi (+)

C.Aspek Psikososial Ibu			
a.	Empati sensitivitas terhadap isyarat bayi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jika bayi menangis maka langsung di gendong dan di berikan sentuhan kemudian di berikan ASI tetapi ASI tidak lancar <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengerti terhadap isyarat bayinya 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jika bayi menangis maka langsung di gendong dan di berikan berikan ASI <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengerti terhadap isyarat bayinya
Konsep Diri			
1	Identitas diri	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua - Pasien mengatakan menerima dengan terhadap proses kelahiran ini karena kehamilan yang sudah di rencanakan sebelumnya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien menjalani perubahan peran dengan bahagia 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua - Pasien mengatakan menerima dengan terhadap proses kelahiran ini karena kehamilan yang sudah di rencanakan sebelumnya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien menjalani perubahan peran dengan bahagia
2	Harga diri	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa senang dapat melahirkan secara normal dan bayi keadaan sehat <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi klien tampak bahagia saat melihatbayinya 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa senang dapat melahirkan secara normal dan bayi keadaan sehat <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi klien tampak bahagia saat melihatbayinya
3	Peran	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan menikmati perannya dalam mengasuh bayinya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klain antusias merawat bayi dan mengasuhnya 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan menikmati perannya dalam mengasuh bayinya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klain antusias merawat bayi dan mengasuhnya

4	Ideal diri	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klain mengatakan senang dengan persalinan keduanya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak berinteraksi dengan bayi nya - Pasien tidak menunjukkan gejala stres 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klain mengatakan senang dengan persalinan keduanya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak berinteraksi dengan bayi nya - Pasien tidak menunjukkan gejala stres
5	Citra tubuh	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - persepsi klien tentang perubahan bentuk tubuhnya di mulai dari hamil sampai melahirkan di rasakan wajar oleh seorang ibu <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak menunjukkan gejala stres dengan gangguan citra tubuh setelah melahirkan 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan perubahan bentuk tubuhnya di mulai dari hamil sampai melahirkan di rasakan wajar oleh seorang ibu <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak menunjukkan gejala stres dengan gangguan citra tubuh setelah melahirkan -
6	Kesesuaian antara harapan dan kenyataan	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dapat melahirkan secara normal - Klien mengaharapkan bayinya lahir dengan sehat dan selamat selama persalinan - Klien senang melahirkan anak laki laki <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak senang Harapan tersebut menjadi kenyataan 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dapat melahirkan secara normal - Klien mengaharapkan bayinya lahir dengan sehat dan selamat selama persalinan <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak senang Harapan tersebut menjadi kenyataan

7	Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan senang dengan persalinannya - ibu mengatakan ingin merawat bayinya sampai tumbuh sehat - ibu mengatakan sudah bisa merawat bayi berdasarkan pengalaman sebelumnya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak antusias merawat bayinya dengan menggendong , mengganti popok saat bayi BAK/BAB 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan senang dengan kehamilan dan persalinannya - ibu mengatakan sudah bisa merawat bayi - ibu mengatakan ini adalah persalinan kedua sebelumnya kehamilan sudah di rencanakan <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak antusias merawat bayinya dengan menggendong , mengganti popok saat bayi BAK/BAB
8	Pengalaman melahirkan	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ini merupakan proses persalinan kedua pada klien 	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ini merupakan proses persalinan kedua pada klien
9	Kecemasan	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan cemas bila air asi tidak lancar, - Pasien mengatakan merasa khawatir bayi kekurangan nutrisi <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi klient ada menunjukkan cemas dan stress - Pasien nampak gelisah, Pasien nampak cemas - Tanda tanda vital 130/90 mmhg nadi : 102 kali permenit suhu : 36.6 Rr : 20 kali 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan tidak mengalami kecemasan <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak nampak cemas - pasien tidak nampak gelisah
10	Depresi	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak nampak tanda tanda depresi pada klien 	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak nampak tanda tanda depresi pada klien
11	Konflik peran	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi konflik peran pada klien karena 	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi konflik peran pada klien

		klien telah siap menjadi seorang ibu	karena klien sudah siap dengan kehamilan dan persalinan.
12	fleksibilitas	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dibantu ibunya saat memandikan bayinya rumah - Klien mengatakan menyusui bayinya - Klien mengatakan merawat tali pusat - Pasien mengatakan mengganti popok bayi ketika bayi BAK/ BAB - Pasien mengatakan mampu memandikan bayi <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menyentuh bayinya - Klien menyusui bayinya - Klien merawat tali pusat - Pasien mengatakan mengganti popok bayi ketika bayi BAK/ BAB - Pasien mampu memandikan bayi 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan menyusui bayinya - Klien mengatakan merawat tali pusat - Pasien mengatakan mengganti popok bayi ketika bayi BAK/ BAB - Pasien mengatakan mampu memandikan bayi <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menyentuh bayinya - Klien menyusui bayinya - Klien merawat tali pusat - Pasien mengatakan mengganti popok bayi ketika bayi BAK/ BAB - Pasien mampu memandikan bayi
Peran Ayah Selama Dan Sesudah Kelahiran			
1		<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selama persalian suami mendampingi <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak suami menemani saat persalinan 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selama persalian suami mendampingi <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak suami menemani saat persalinan
C. INFORMAL			
1	Orang yang terlibat dalam perawatan bayi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien, suami, orang tuanya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak orang tua dan suami klien ikut membantu merawat bayinya 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien, suami, orang tuanya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak orang tua dan suami klien ikut membantu merawat bayinya

2	Peran dalam perawatan bayi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan suami mengatakan akan sama sama dalam merawat bayinya sebaik mungkin <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien dan suami sama sama dalam merawat bayinya. 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan suami mengatakan sama sama dalam merawat bayinya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien dan suami sama sama dalam merawat bayinya
	Pengalaman dalam perawatan bayi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah pernah melahirkan sebelumnya - Pasien mengatakan sudah mampu dalam merawat bayi mendapatkan pengalaman dari persalian sebelumnya. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak ibu mampu memandikan bayi di buktikan dengan cara menyebutkan cara memandikan bayi - Tampak pasien melakukan perawatan tali pusat - Tampak pasien memandikan bayi 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah pernah melahirkan sebelumnya - Pasien mengatakan sudah mampu dalam merawat bayi mendapatkan pengalaman dari persalian sebelumnya. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak ibu mampu memandikan bayi dii buktikan dengan cara menyebutkan cara memandikan bayi - Tampak pasien melakukan perawayan tali pusat pada bayi
	Harapan untuk perawatan bayi	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan klien berharap dapat merawat bayinya secara mandiri dan telaten - Klien mengharapkan dapat memberikan ASI eksklusif pada bayi dan merawat bayinya dengan baik <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak berinteraksi dengan bayi - Pasien nampak merawat tali pusat bayi 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan klien berharap dapat merawat bayinya secara mandiri dan telaten - Klien mengharapkan dapt memberikan ASI eksklusif pada bayi dan merawat bayinya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak berinteraksi dengan bayi - Pasien nampak merawat tali pusat bayi - Pasien nampak memberikan asi pada bayinya

D. PERSONAL			
a.	Pandangan ibu terhadap perannya	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sangat senang dengan persalinannya - Pasien mengatakan senang menjalankan perannya menjadi seorang ibu - Ibu mengatakan sudah memiliki kewajiban dalam peran menjaga dan mengurus bayinya 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sangat senang dengan persalinannya - Pasien mengatakan senang menjalankan perannya menjadi seorang ibu - Ibu mengatakan sudah memiliki kewajiban dalam peran menjaga dan mengurus bayinya
b.	Pengalaman masa lalu yang mempengaruhi peran ibu	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pernah melahirkan sebelumnya - Klien mengatakan sudah mampu dalam merawat bayinya - Klien mengatakan sudah mendapatkan pengetahuan KB, tali pusat, mengganti popok, menggendong bayi dan menyusui <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak klien dapat menggendong mengganti popok, dan perawatan tali pusat 	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pernah melahirkan sebelumnya - Klien mengatakan sudah mampu dalam merawat bayinya - Klien mengatakan sudah mendapat pengetahuan KB, tali pusat, mengganti popok, menggendong bayi dan menyusui dari keluarga dan orang tua <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak klien dapat menggendong mengganti popok, dan perawatan tali pusat
c.	Pencapaian peran ibu	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan belum menyusui bayinya karena ASI tidak lancar <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu nampak terlihat memeluk, menyentuh dan menggendong bayiny 	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan sudah menyusui bayinya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu nampak terlihat memeluk, menyentuh dan menggendong bayiny

Interpretasi data :

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dijelaskan bahwa secara keseluruhan diatas pengkajian awal yang dilakukan oleh mahasiwa sebelum melakukan

asuhan didapatkan pasien sangat kooperatif pada mahasiswa dalam melakukan Asuhan keperawatan data yang di peroleh yang diperoleh melalui wawancara dan observasi pada kedua klien dengan penjelasan sebagai berikut :

Berdasarkan identitas klien 1 bernama Ny. F usia 27 tahun dan klien 2 Ny A 28 tahun sedangkan untuk status pendidikan klien 1 adalah SMA dan klien 2 SMK status pernikahan klien sama sama menikah dengan pernikahan pertama, dengan usia pernikahan pada klien 1 lama menikah 6 tahun dan pada klien 2 menikah 5 tahun Dalam pengkajian data pekerjaan kedua klien data pekerjaan Sebagai ibu rumah tangga, untuk status pernikahan kedua klien sama yaitu sama – sama sudah menikah, dalam pengkajian data agama klien 1 dan klien 2 memiliki agama yang sama yaitu agama islam. Berdasarkan Tanggal pengkajian dilakukan pada klien 1 pada tanggal 21 Juni 2021 sedangkan tanggal pengkajian klien 2 tanggal 22 Juni 2021.

Pada tahap Antisipatory klien 1 dan 2 datang ke IGD atas keinginan sendiri karena jaraknya lebih dekat dengan rumah Pada saat dilakukan pengkajian pada klien 1 kondisinya adalah post partum spontan hari ke 1 sedangkan untuk klien 2 kondisinya adalah post partum spontan hari ke 1. Pada klien 1 mengeluh nyeri pada jalan lahir dan nyeri saat bergerak nyeri terasa seperti tertusuk, dengan skala nyeri 5 sedangkan pada klien 2 mengeluh nyeri seperti teriris dengan skala nyeri 4

Pada riwayat kesehatan yang lalu klien 1 dan 2 sama sama sudah pernah mengalami persalinan. Pada klien 1 mengatakan selama kehamilan pasien sering merasa lemas sedangkan pada klien ke 2 mengatakan selama kehamilan pasien tidak merasa lemas. Pada klien 1 mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10 kg sedangkan pada pasien kedua mengalami peningkatan 12 kg. Klien 1 riwayat haid menarche pada usia 15 tahun dengan siklus haid 28 hari, sedangkan klien 2 menarche pada usia 14 tahun dengan siklus haid 28 hari dan tidak ada keluhan nyeri saat haid. Klien 1 dan klien 2 sama – sama sudah menikah, klien 1 menikah pada usai 21 tahun sedangkan klien 2 menikah pada usia 22 tahun. Klien 1 memiliki riwayat KB untuk klien 2 belum pernah menggunakan KB sebelumnya.

Pada klien 1 Ini merupakan kehamilan kedua dengan status obstetri G2P2A0 dengan usia kehamialn 37-38 minggu dan klien 2 Ini merupakan kehamilan kedua dengan status obstetri G2P2A0. Klien 1 memeriksakan kehamilannya di puskesmas sebanyak 2 kali, sedangkan klien 2 memeriksakan kehamilannya di puskesmas sebanyak 3 kali. Hasil pemeriksaan klien 1 di ruang Bogenvile di dapatkan hasil TFU 32 cm, DJJ 135x/menit sedangkan pada klien 2 di ruang Bogenvile di dapatkan hasil TFU 31 cm, DJJ 140/menit. Pada pemenuhan dasar manusia kedua klien tidak memiliki makanan pantangan pada klien 1 dan klien 2 mengatakan selalu menghabiskan makananya.

Berdasarkan pengkajian eliminasi Pada klien 1 buang air kecil 3-4 x/hari, sedangkan klien 2 buang air kecil 4 x/hari. Kedua klien sama –

sama merasakan nyeri saat buang air kecil dan setelah persalinan pasien 1 dan 2 sudah ada BAB sebanyak 1 kali. Pada klien 1 frekuensi pernapasan 20 x/menit dan klien 2 frekuensi pernapasan 20 x/menit. Klien 1 mengatakan tidur malam hanya 1-3 jam, sedangkan klien 2 tidur hanya 2-4 jam. Pada kedua klien sama – sama ditemani oleh suaminya saat kontrol dan proses persalinan. Klien 1 sudah mendapatkan informasi tentang cara perawatan payudara, cara merawat tali pusat bayi, KB, nutrisi bayi, dan imunisasi sedangkan klien 2 sudah mendapatkan

Pada pengkajian riwayat persalinan saat ini klien 1 maupun klien 2 melaksanakan persalinan secara normal. Pada klien 1 persalinan dilakukan pada tanggal 21 Juni 2021 pukul 03. 45 WITA, sedangkan pada klien persalinan dilakukan pada tanggal 20 juni 2021 pukul 03.15 WITA. Klien 1 melahirkan bayi laki – laki, pada klien 1 riwayat bayi kelahiran dengan berat 3150 gram dan panjang badan 49 cm, sedangkan pada klien 2 tanggal 21 juni melahirkan pada pukul 03. 55 wita riwayat kelahiran dengan berat 3100 gram dan panjang badan 49cm.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik bayi, pola fungsi kesehatan bayi, aspek psikososial ibu, peran ayah selama dan sesudah kelahiran kedua klien sama – sama tidak ada data.

Pada pengkajian tahap Informal pada klien 1 orang yang terlibat dalam perawatan bayinya yaitu klien, suami, dan orang tuanya pada pasien 1 pasien sudah mampu dalam perawatan bayi di karenakan memiliki riwayat dalam merawat bayi sebelumnya. Pada pasien 2 orang yang

terlibat dalam perawatan bayi yaitu suami dan klien sudah mampu dalam perawatan bayi di karenakan memiliki riwayat dalam merawat bayi sebelumnya.

Pada tahap pengkajian personal kedua pasien memiliki pencapaian yang positif, klien sama sama memiliki pengalaman dalam merawat bayi dari persalinan sebelumnya, pengetahuan di dapat dengan cara belajar mengasuh bayi dari orang tua dan keluarga kedua klien sudah dapat menyusui, mengendong, memeluk dan menyentuh bayinya

Tabel 4.2

Hasil pemeriksaan diagnostik klien post partum spontan dan bayi baru lahir normal di Rsud dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Jenis pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
1. Darah	HB 11.03 g/dl Leukosit 13.94 Eritosit 3.91 Hematokrit 31.8 % Trombosit 248 Basofil 0.1% Eosinofil 0.1% Neutrofil 88.6 % Limfosit 8.0 % Monosit 3.2	HB 11.8 g/dl Leukosit 13.92 Eritosit 3.96 Hematokrit 31.6 % Trombosit 235 Basofil 0.6 % Eosinofil 0.3 % Neutrofil 87.6 % Limfosit 8.0 % Monosit 3.2
2. Urine	Tidak ada pemeriksaan	Tidak ada pemeriksaan
Jenis Pemeriksaan	By. 1	By.2
1. Darah	HB 18.1 g/dl Leukosit 13.67 Eritosit 5.55 Hematokrit 51.7 % Trombosit 260 Basofil 0.4 % Eosinofil 0.1 % Neutrofil 76.1 % Limfosit 14.3 % Monosit 8.8	HB 17,3 g/dl Leukosit 14.65 Eritosit 5.55 Hematokrit 51.2 % Trombosit 270 Basofil 0.3 % Eosinofil 0.1% Neutrofil 76.1% Limfosit 14.6 % Monosit 8.6

Interpretasi Data

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan hasil pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan adalah pemeriksaan darah lengkap . pada pasien 1 dan 2 nilai Hb normal pada pasien 1 Hb (11.03) sedangkan pada pasien 2 Hb (11.08) dengan nilai normal HB yaitu. pada pasien by. 1 dan by. 2 normal . pada klien 1 leukosit 13.67 dan pasien 2 yaitu 14,65 dengan nilai normal leukosit bayi baru lahir 9.400-34.000.

b. Data fokus

Tabel 4.3

Data fokus Asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan
di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Data fokus	
Klien 1	Klien 2
DS	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan di rawat di ruang ponok IGD RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pasien mengeluh nyeri pada genetalia b. Klien di pindahkan keruang Bogenvile c. Klien mengatakan nyeri pada pada genetalia bagian bawah dekat kelamin, nyeri saat bergerak, nyeri seperti teriris, dan nyeri hilang timbul d. Pasien mengatakan nyeri setelah persalinann nyeri terasa saat bergerak, seperti teriris dan tertusuk e. Pasien mengatakan terdapat nyeri pada perneum f. pasien mengatakn adanya jahitan pada perinium g. pasien mengatakan luka masih basah h. pasien mengatakn mengganti pembalut sebanyak 1-3 dalam
	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan di rawat di ruang ponok IGD RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pasien mengeluh nyeri pada genetalia b. Klien di pindahkan keruang Bogenvile c. Klien mengatakan nyeri pada pada perut bagian bawah dekat kelamin, nyeri saat bergerak, nyeri seperti berdenyut, dan nyeri hilang timbul sebelum melahirkan d. Pasien mengatakan keluar cairan berupa lendir dan flek darah pada vagina di sertai HIS selama 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 15-30 detik e. Klien mengatakan saai ini adalah kehamilan yang kedua Saat ini f. Klien mengatakan nyeri pada jalan lahir, nyeri makin bertambah ketika klien bergerak . nyeri seperti tertusuk usuk, dan nyeri hilang timbul g. Klien mengatakan sebelumnya pernah hamil dan melahirkan

	<p>sehari</p> <p>i. Klien mengatakan sudah menikah</p> <p>j. Klien mengatakan menikah usia 23 tahun dengan usia pernikahan 5 tahun</p> <p>k. Pasien mengatakan ini adalah persalinan yang kedua persalinan normal dengan bayi jenis kelamin laki laki berat badan 3,150 gram</p> <p>l. Pasien mengatakan selama kehamilan jarang melakukan pemeriksaan ANC</p> <p>m. Pasien mengatakan pemeriksaan kehamilan hanya dilakukan 2 kali di puskesmas</p> <p>n. Pasien mengatakan selama kehamilan melakukan USG sebanyak 2 kali ibu sina pada kehamilan 6 bulan dan 8 bulan</p> <p>o. Pasien mengatakan suami menemani saat pemeriksaan ANC</p> <p>p. Pasien mengatakan selama kehamilan tidak mempunyai pantangan dalam makan</p> <p>q. Klien mengatakan kehamilannya usia 38 minggu</p> <p>r. Klien mengatakan selama kehamilan nutrisi baik makan dengan 1-3 kali sehari</p> <p>s. Pasien mengatakan sering merasa lemas</p> <p>t. Klien mengatakan sudah menikah Klien mengatakan ini merupakan kehamilan kedua</p> <p>u. Klien mengatakan memeriksakan kehamilannya di puskesmas 4 kali klien mengatakan tidak ada makanan pantangan</p> <p>v. Klien mengatakan buang air kecil 3-4 x/hari</p> <p>w. Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil karena ada jahitan pada kelamin</p> <p>x. Klien mengatakan sudah ada BAB</p> <p>y. Klien mengatakan tidak tidur malam</p> <p>z. Klien mengatakan pola tidur berubah kurang lebih 1-3 jam sebelum persalinan pola tidur tidak ada tidur</p> <p>aa. Klien mengatakan mengantuk</p>	<p>sebelumnya ini adalah anak kedua</p> <p>h. Klien mengatakan menarche pada usia 14 tahun</p> <p>i. Siklus haid teratur setiap bulan selama 28 hari Selama haid klien mengatakan tidak pernah merasakan nyeri haid Klien mengatakan menikah pada usia 23 tahun dan ini merupakan pernikahan pertama klien dengan suaminya</p> <p>j. Klien mengatakan pernah menggunakan KB Klien.</p> <p>k. Klien mengatakan saat persalinan pertama persalinan normal dengan bayi jenis kelamin laki laki berat badan 3.150 gram</p> <p>l. Pasien mengatakan selama kehamilan melakukan pemeriksaan ANC</p> <p>m. Pasien mengatakan pemeriksaan kehamilan hanya dilakukan 4 kali di puskesmas</p> <p>n. Pasien mengatakan selama kehamilan melakukan USG sebanyak 1 kali ibu sina pada kehamilan 7 bulan</p> <p>o. Klien mengatakan tidak ada makanan pantangan</p> <p>p. Klien mengatakan buang kecil 3-5 kali/hari</p> <p>q. Klien mengatakan sedikit nyeri saat buang air kecil</p> <p>r. Klien mengatakan selama masuk rumah sakit klien BAB 1 kali</p> <p>s. Klien mengatakan susah tidur malam karena bayinya yang selalu menangis</p> <p>t. Klien mengatakan melakukan mobilisasi pada hari pertama post partum</p> <p>u. Klien mengatakan suami selalu menemani saat kontrol kehamilannya</p> <p>v. Klien mengatakan saat proses persalinan suami menemaninya</p> <p>w. Klien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>x. kolostrum telah diberikan pada saat bayi lahir</p> <p>y. klien mengatakan bayi menghisap dengan tetapi ASI keluar lancar</p> <p>z. pasien mengatakan bayinya menangis</p> <p>aa. pasien mengatakan mengganti pembalut 2-4 kali</p> <p>bb. Klien mengatakan mendapatkan informasi tentang cara merangsang supaya puting susu dapat menonjol, cara memandikan dan merawat tali pusat bayi, KB, personal hygiene, dan manfaat</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> bb. Klien mengatakan tidur terjaga cc. Klien mengatakan sulit untuk tidur dd. Klien mengatakan sudah bergerak dan beraktivitas sejak post partum hari 1 ee. Klien mengatakan menerima kehamilan dengan senang ff. Klien mengatakan suami menemani saat kontrol selama kehamilan. gg. Klien mengatakan ASI belum keluar kolostrum telah di berikan hanya keluar sedikit hh. klien mengatakan bayi dapat menghisap dengan tetapi ASI belum keluar ii. klien mengatakan semenjak persalinan sebelumnya ASI susah untuk keluar jj. klien mengatakn cemas kk. klien mengatakan khawatir dengan bayinya karena ASI tidak lancar ll. pasien mengatakan bayinya menagis mm. pasien mengatakan mengganti pembalut 3-4 kali nn. Klien mengatakan mendapatkan informasi tentang cara perawatan payudara, cara merawat tali pusat bayi, KB, nutrisi bayi, dan imunisasi oo. Klien mengatakan budaya yang dianut selama dan setelah melahirkan tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan. 	<ul style="list-style-type: none"> menyusui bagi bayi dan ibu cc. Klien mengatakan suami dan keluarga mendukung dalam proses kelahiran. dd. Klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya ini ee. Suami klien sebagai kepala keluarga dan berfungsi untuk mencari nafkah bagi keluarga
DO	<ul style="list-style-type: none"> a. Tanda - tanda vital klien TD : 130/90 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36 0C. b. Pasien tampak nyeri P: Nyeri pada perineum Q : seperti teriris R: perineum S: 5 T. : saat bergerak terasa hilang timbul c. ini merupakan persalinan kedua klien dengan status obstetri G2P2A0 d. Hasil pemeriksaan pada tanggal 20 Juni pukul 22.00 WITA, His setiap 10 menit 3 kali, lama 30 – 35 detik, DJJ : 135 x/menit, pembukaan 3 cm, portio lunak, ketuban utuh, tidak Pasien tampak meringis dan tampak 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tanda - tanda vital klien TD : 125/98mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36 0C. b. Pasien tampak nyeri P: Nyeri Q: tertusuk R: genetelia S: 4 T. :muncul hilang timbul c. ini merupakan persalinan pertama klien dengan status obstetri G2P2A0 d. Hasil pemeriksaan pada tanggal 21 Juni pukul 22.00 WITA, His setiap 10 menit 3 kali, lama 30 – 35 detik, DJJ : 135 x/menit, pembukaan 1 cm, portio lunak, ketuban utuh, tidak Pasien tampak meringis dan tampak melindungi area

<p>melindungi area nyeri</p> <p>e. Status obstetri klien G2P2A0 Persalinan tidak ada hambatan jalan lahir, TD: 126/90 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36 oc.</p> <p>f. Hasil pemeriksaan pukul 03.35 WITA, pembukaan lengkap, kepala janin tampak diperineum, perineum menegang, anus membuka, bayi lahir pada pukul 03.55 WITA, jenis kelamin laki – laki persalinan spontan induksi</p> <p>g. Pada pukul 04.00 WITA, injeksi oksitosin 1 cc IM, plasenta keluar pukul 04.00 lengkap dengan selaputnya, kontaksi uterus baik, teraba letaknya 2 jari dibawah pusar, penjahitan luka episiotomi sebanyak 8 jahitan, TD : 125/80 mmHg, nadi : 80 x/menit, respirasi : 20 x/menit, suhu 36 oc.</p> <p>h. Tidak ada oedema pada vagina</p> <p>i. Tidak terjadi distensi kandung kemih</p> <p>j. Tidak terpasang kateter</p> <p>k. Terdapat luka pada perineum</p> <p>l. Frekuensi pernapasan 20 kali/menit</p> <p>m. suara nafas tambahan tidak ada pernapasan cuping hidung tidak ada.</p> <p>n. Klien selalu tersenyum bahagia saat melihat bayinya.</p> <p>o. Ibu menunjukkan gejala stress Konjungtiva anemi</p> <p>p. Pola tidur 1-3 jam</p> <p>q. Pada saat kaji ASI klien ASI belum keluar.</p> <p>r. Sklera tidak ikterik</p> <p>s. Puting susu menonjol tidak ada lecet</p> <p>t. ada nyeri tekan pada kedua payudara</p> <p>u. Tidak ada benjolan pada payudara</p> <p>v. Kolostrum keluar sedikit</p> <p>w. ASI tidak keluar pada kedua payudara.</p> <p>x. Abdomen tampak bersih</p> <p>y. Tampak linea nigra</p> <p>z. Terdapat striae</p> <p>aa. Tidak terdapat luka bekas operasi</p>	<p>nyeri</p> <p>e. Status obstetri klien G2P2A0 Persalinan tidak ada hambatan jalan lahir, TD: 126/90 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36 oc.</p> <p>f. Hasil pemeriksaan pukul 03.25 WITA, pembukaan lengkap, kepala janin tampak diperineum, perineum menegang, anus membuka, bayi lahir pada pukul 03.50 WITA, jenis kelamin laki – laki</p> <p>g. Pada pukul 03.50 WITA, injeksi oksitosin 1 cc IM, plasenta keluar pukul 03.59 lengkap dengan</p> <p>h. selaputnya, kontaksi uterus baik, teraba letaknya 2 jari dibawah pusar tidak ada luka episiotomi TD : 110/80 mmHg, nadi : 80 x/menit, respirasi : 20 x/menit, suhu 36 oc.</p> <p>i. Tidak ada oedema pada vagina</p> <p>j. Tidak terjadi distensi kandung kemih</p> <p>k. Tidak terpasang kateter</p> <p>l. Tidak ditemukan luka pada perineum</p> <p>m. Frekuensi pernapasan 20 kali/menit</p> <p>n. suara nafas tambahan tidak ada pernapasan cuping hidung tidak ada.</p> <p>o. Klien selalu tersenyum bahagia saat melihat bayinya.</p> <p>p. Ibu menunjukkan tidak ada gejala stress Konjungtiva anemi</p> <p>q. Pola tidur 1-2 jam</p> <p>r. Pada saat kaji ASI klien ASI sudah keluar.</p> <p>s. Sklera tidak ikterik</p> <p>t. Puting susu menonjol tidak ada lecet</p> <p>u. Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara</p> <p>v. Tidak ada benjolan pada payudara</p> <p>w. Kolostrum keluar</p> <p>x. ASI keluar pada kedua payudara. Abdomen tampak bersih</p> <p>y. Tampak linea nigra</p> <p>z. Terdapat striae</p> <p>aa. Tidak terdapat luka bekas operasi</p>
--	---

Data fokus		
By. 1		By.2
DS	<ul style="list-style-type: none"> a. ibu mengatakan bayi sudah ada BAB dan BAK b. ibu mengatakan tali pusat bayi masih basah dan di bungkus dengan kasa c. pasien mengatakan bayi menagis karena d. ibu mengatakan ASI ibu tidak keluar dengan lancar e. ibu mengatakan bayi sudah mampu menghisap f. ibu mengatakan tahu cara merawat tali pusat pengalaman dari sebelumnya tetapi tidak mengatakan 	<ul style="list-style-type: none"> a. ibu mengatakan bayi sudah ada BAB dan BAK b. ibu mengatakan tali pusat bayi masih basah dan di bungks dengan kasa c. pasien mengatakan bayi menagis karena d. ibu mengatakan ASI keluar dengan lancar e. ibu mengatakan bayi sudah mampu menghisap f. ibu mengatakan tahu cara merawat tali pusat pengalaman dari sebelumnya tetapi tidak mengatakan
DO	<ul style="list-style-type: none"> a. By. Ny. F lahir dengan berat 31 gram b. Panjang badan 49 cm c. Suhu 36, 2 d. Lingkar kepala 31 cm e. Lingkar dada 32 f. Lanugo jarang g. Mekronium hijau encer warna hijau 1 jam sesudah persalinan h. Warna tubuh merah muda i. bentuk kepala Simetris j. Fontanela mayor belum menutup k. Pemeriksaan pada didapatkan l. Mata simetris dan telah membuka m. Skelra mata tidak ikterik n. Konjungtiva tidak anemis o. Reflek menggengam (+) p. Reflek menghisap (+) q. Reflek moro (+) r. Reflek rooting(+) s. Reflek babinski (+) t. Tidak ada edema pada palpebra u. Pada pemeriksaan telinga didapatkan data terdapat lanuga tipis pada daun telinga tapi jarang, bentuk telinga simetris v. Pada pemeriksaan hidung di dapatkan data tidak di temukan polip da deviasi septum, kedua hidung bersih tidak di temukan secret. w. Pada pemeriksaan mulut di dapatkan data x. Reflek menelan dan menghisap baik y. Tidak di temukan sianosis pada bibi z. Terdapat Lanugo pada punggung namun jarang aa. Benetuk dada simetris 	<ul style="list-style-type: none"> a. By. Ny. F lahir dengan berat 3100 gram b. Panjang badan 48 cm c. Suhu 36, 4 d. Lingkar kepala 32 cm e. Lingkar dada 33 f. Lanugo jarang g. Mekronium hijau encer warna hijau 1 jam sesudah persalinan h. Warna tubuh merah muda i. bentuk kepala Simetris j. Fontanela mayor belum menutup k. Pemeriksaan pada didapatkan Mata simetris dan telah membuka l. Skelra mata tidak ikterik m. Konjungtiva tidak anemis n. Reflek menggengam (+) o. Reflek menghisap (+) p. Reflek moro (+) q. Reflek rooting(+) r. Reflek babinski (+) s. Tidak ada edema pada palpebra t. Pada pemeriksaan telinga didapatkan data terdapat lanuga tipis pada daun telinga tapi jarang, bentuk telinga simetris u. Pada pemeriksaan hidung di dapatkan data tidak di temukan polip da deviasi septum, kedua hidung bersih tidak di temukan secret. v. Pada pemeriksaan mulut di dapatkan data w. Reflek menelan dan menghisap baik x. Tidak di temukan sianosis pada bibi y. Terdapat Lanugo pada punggung namun jarang

bb. Pernafasan vesikuler cc. Suara nafas ronci dan wheezing tidak di temukan dd. Frekuensi 40 x/menit ee. Bentuk abdomen bundar dan simetris ff. Bising usus terdengar gg. Jari jari kaki dan tangan lengkap hh. Pergerakan tangan dan kaki aktif ii. Garis telapak kaki terdapat jj. Warna ekstermitas merah muda kk. - Testis telah turun kearah skrotum, penis berlubang dan lubangnya terletak di ujung penis	z. Benetuk dada simetris aa. Pernafasan vesikuler bb. Suara nafas ronci dan wheezing tidak di temukan cc. Frekuensi 40 x/menit dd. Bentuk abdomen bundar dan simetris ee. Bising usus terdengar ff. Jari jari kaki dan tangan lengkap gg. Pergerakan tangan dan kaki aktif hh. Garis telapak kaki terdapat ii. Warna ekstermitas merah muda jj. - Testis telah turun kearah skrotum, penis berlubang dan lubangnya terletak di ujung penis
--	--

Interpretasi data :

Berdasarkan tabel 4.3 Data fokus diatas diperoleh dari keluhan yang disampaikan oleh klien 1 dan klien 2 dan bayinya melalui pengkajian yang dilakukan oleh peneliti dan pemeriksaan fisik

C. Analisa Data

Tabel 4. 4
Analisa Data Keperawatan pasien Post Partum spontan di RSUD dr Kanujoso
Djatiwibowo Balikpapan

Analisa data			
Klien 1			
No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab
1	Ds a. Pasien mengatakan nyeri pada genetelia b. Pasien mengatakan nyeri seperti teriris c. Pasien mengatakan skala nyeri 5 d. Pasien mengatakan mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri bertambah saat pasien duduk e. Pasien mengatakan sulit untuk tidur, tidur hanya 1-3 jam	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.0077)	Perubahan fisiologis ↓ Ruptur pada jalan lahir ↓ Nyeri akut D.0077

	<p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien post partum hari ke 1 Pasien nampak nyeri P : nyeri akut Q : Seperti teriris R : perineum S : 5 T : Pada saat bergerak Wajah Pasien nampak meringis menahan nyeri Tanda tanda vital Td : 125/90 Nadi:102 Respirasi : 20x/menit Suhu : 36.6 Klien nampak berhati hati saat bergerak 		
2	<p>Ds</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan asi tidak keluar dengan lancar Pasien mengatakn nyeri pada payudara Pasien mengatakan bayinya mampu menghisap dengan baik tetapi ASI belum keluar Pasien mengatakan semenjak persalian pertama ASI tidak keluar <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu ASI tidak menetes dan Memancar Bayi BAK 6 -7 kali dalam 24 jam Terdapat bendungan asi Terdapat nyeri pada payudara 	Menyusui tidak efektif bd ketidak adekuatan supali ASI (D.0029)	<p>Perubahan Fisiologis</p> <p>↓</p> <p>penurunan Estrogen</p> <p>↓</p> <p>Produksi prolaktin</p> <p>↓</p> <p>Produksi ASI</p> <p>↓</p> <p>Isapan bayi tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Oksitosin menurun</p> <p>↓</p> <p>ASI tidak keluar Menyusui tidak efektif</p> <p>D.0028</p>
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien mengatakan ASI tidak keluar dengan lancar pasien mengatakan lemas pasien mengatakan khawatir dengan bayinya kekurangan nutrisi Pasien mengatakan tidak tidur karena asinya tidak keluar dengan lancar 	Ansietas bd ASI tidak lancar (D.0080)	<p>Perubahan Psikologis</p> <p>↓</p> <p>Adaptasi perubahan peran</p> <p>↓</p> <p>Ansietas D.0080</p>

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien tampak Gelisah b. pasien tampak pucat c. pasien tidak tidur pola tidur berubah 		
4	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan tidak bisa bisa tidur b. Pasien mengatakan tidurnya hanya 1-3 jam c. Pasien mengatakan lemas d. Pasien mengatakan sebelum persalinan tidak ada tidur <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien tampak lemas b. pasien mengatakn sulit untuk tidur durasi tidur hanya 1-3 jam c. pasien tampak tidur terjaga hanya tidur sesaat kemudian bangun lagi untuk menjaga bayinya 	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Bd Kurang Kontrol Tidur (D.0055)</p>	<p>Perubahan Fisiologis</p> <p>↓</p> <p>bonding dan attachment</p> <p>↓</p> <p>bayi rewel</p> <p>↓</p> <p>ibu kelelahan</p> <p>↓</p> <p>pola tidur terganggu</p>
5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan terdapat nyeri pada perneum b. pasien mengatakn adanya jahitan pada perinium c. pasien mengatakan luka masih basah d. pasien mengatakn mengganti pembalut sebanyak 1-3 dalam sehari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien nampak nyeri b. ruptur perineum derajat 2 panjang 4 cm dengan 12 jahitan <p>R : Tidak ada kemerahan E: Tidak ada bengkak E: tidak ada kebiruan D:tidak ada eksudat A: luka belum menyatu</p>	<p>Resiko infeksi Bd ketidakadekuatan tubuh primer (D.00550)</p>	<p>Perubahan Fisiologis</p> <p>↓</p> <p>ruptur derajat 2</p> <p>↓</p> <p>prosedur invasif</p> <p>↓</p> <p>resiko infeksi</p>

Analisa data			
Klien 2			
No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab
1	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri pada genetelia setelah melahirkan b. Pasien mengatakan nyeri seperti c. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul d. Pasien mengatakan nyeri <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien tampak wajah meringis saat menahan nyeri b. pasien tampak nyeri <p>P : nyeri akut Q : seperti tertusuk R : nyeri pada perut dan genetelia S : 5 T: hilang timbul</p>	<p>Nyeri akut bd. Agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Perubahan fisiologis</p> <p>↓</p> <p>Sistem Reproduksi</p> <p>↓</p> <p>Involusi dan kontraksi uterus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>
2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan bayi menyusu pada payudara kuat b. pasien mengatakan ASI menetes dan memancar keluar pada kedua payudara <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. bayi melekat pada payudara ibu dengan benar b. ibu mampu memposisikan bayi dengan benar c. bayi BAK 9 kali sehari d. ASI menetes pada kedua payudara 	<p>Menyusui Efektif Bd Hormon Oksitosin dan Prolaktin Adekuat D.0028</p>	<p>Sistem Endokrin</p> <p>↓</p> <p>Estrogen ↓</p> <p>↓</p> <p>Produksi prolaktin</p> <p>↓</p> <p>Produksi ASI</p> <p>↓</p> <p>Isapan bayi adekuat</p> <p>↓</p> <p>Oksitosin ↑</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi duktus & alveoli</p> <p>↓</p> <p>ASI keluar Menyusui efektif D.0028</p>

3	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan tidak bisa bisa tidur b. Pasien mengatakan tidurnya hanya 1-3 jam c. Pasien mengatakan lemas d. Pasien mengatakan sebelum persalinan tidak ada tidur <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemas b. Pasien nampak terlihat mata panda c. Konjungtiva anemis 	<p>Gangguan pola tidur Bd Kurang Kontrol tidur D.0055</p>	<p>Perubahan Psikologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Letting go</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Perubahan menjadi orang tua</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">mengasuh bayi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">gangguan pola tidur</p>
Analisa data			
By. Klien 1			
No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan tali pusat masih basah b. ibu mengatakan bayi tidak demam c. Ibu mengatakan ASI belum keluar d. Ibu mengatakan tali pusat di bungkus kasa <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. tampak tali pusat masih basah Hr : 150x/menit Nadi:135 RR : 40 suhu: 36,3 leokosit : 13,67 	<p>Resiko infeksi Bd ketidakadekuatan tubuh primer (D.0055)</p>	<p>Perubahan Fisiologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">pemotongan tali pusat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">prosedur invasif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">resiko infeksi</p>

2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan asinya belum keluar b. Bayi sering menagis c. Ibu mengatakan me <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bayi dengan neonatus cukup bulan usia 0 hari b. Asi belum keluar c. Reflek menghisap pada bayi (+) d. Bayi menghisap tidak adekuat e. Bayi menagiskuat f. Berat badan 3.255 gram 	<p>Resiko defisit nutrisi Bd Asi tidak lancar dan menghisap tidak adekuat D.0146</p>	<p>Produksi ASI ↓ Laktasi kurang adekuat ↓ Isapan bayi tidak adekuat ↓ menyusui tidak efektif ↓ Kebutuhan kalori tinggi ↓ resiko defisit nutrisi</p>
Analisa data			
By. Klien 2			
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ibu mengatakan bayi lahir dengan berat badan 3.150 gram b. pasien mengatakan suhu ruangan dingin <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. suhu lingkungan dingin b. akral hangat c. kulit teraba dingin d. tanda tanda vital td : 90/80 mmhg Nd : 130 permenit Rr : 40x permenit suhu : 36.5 	<p>Resiko Hipotermia bd Bayi baru lahir D.0140</p>	<p>Adaptasi BBL (Bayi Baru Lahir) ↓ Paparan lingkungan ekstrauterin ↓ Fluktuasi temperatur tubuh ↓ Hipotermia D.0131</p>
2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan tali pusat masih basah b. ibu mengatakn bayi tidak demam <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> a. tampak tali pusat masih basah b. tampak bayi belum menyusu TD : Nadi:135 RR : 40 suhu: 36,3 leokosit : 14.65 	<p>Resiko infreksi Bd ketidakadekuatan tubuh primer (D.0055)</p>	<p>Perubahan Fisiologis ↓ pemotongan tali pusat ↓ prosedur invasif ↓ resiko infeksi</p>

Interpretasi data :

Berdasarkan tabel 4.4 di jelaskan analisa data yang di peroleh klien 1 dan 2 Berdasarkan data subjektif dan obyektif klien ada kesamaan dan perbedaan yang di rasakan pada pasien 1 dan 2. Masalah atau problem yang di temukan pada pasien 1 yaitu nyeri akut bd agen agen pencedera fisik (D.0077), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadeguan supali ASI (D.0029), Ansietas berhubungan dengan ASI tidak lancar (D.0080), Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055), Resiko infeksi bd ketidakadeguan tubuh primer (D.0055). Sedangkan pada pasien 2 masalah atau problem yang di temukan meliputi nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis (D.0077), Menyusui efektif berhubungan dengan Hormon Oksitoksin dan Prolaktin Adekuat D.0028 dan gangguan pola tidur Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0065). Problem atau permasalahan yang ditemukan pada bayi 1 yaitu Resiko infeksi Berhubungan dengan ketidakadeguan tubuh primer (D.0055), Resiko defisit nutrisi Berhubungan dengan Asi tidak lancar dan menghisap tidak adekuat (D.0146) sedangkan pada pasien ke 2 ditemukan masalah resiko hipotermi berhubungan dengan bayi baru lahir (D.0140), Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadeguan tubuh primer (D.0055).

b. Diagnosa keperawatan

Tabel 4. 5
Diagnosa Keperawatan Ibu Post Partum spontan

Diagnosa Keperawatan				
No.	Klien 1		klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
1.	21 Juni 2021	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Cedera Fisik	22 Juni 2021	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik
2.	21 Juni 2021	Menyusui tidak efektif bd	22 Juni 2021	menyusui Efektif
3.	21 Juni 2021	Gangguan pola tidur	22 Juni 2021	Gangguan pola tidur
4	21 juni 2021	Resiko Infeksi bd		
BY. 1			BY.2	
1	21 Juni 2021	Resiko infeksi	22 juni 2021	Resiko Hipotermia
2	21 Juni 2021	Resiko Defisit nutrisi	22 Juni 2021	Resiko infeksi

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data klien 1 ditegaskan 4 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan supali ASI (D.0029), Ansietas berhubungan dengan ASI tidak lancar (D.0080), Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055), Resiko infeksi bd ketidakadekuatan tubuh primer (D.00550) Sedangkan pada klien 2 ditegaskan 3 diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis (D.0077), Menyusui efektif berhubungan dengan

Hormon Oksitoksin dan Prolaktin Adekuat D.0028 dan gangguan pola tidur Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0065).

Pada bayi Bayi 1 ditegakan 2 diagnosa yaitu bayi 1 yaitu Resiko infeksi Berhubungan dengan ketidakadekuatan tubuh primer (D.0055), Resiko defisit nutrisi Berhubungan dengan Asi tidak lancar dan menghisap tidak adekuat (D.0146) sedangkan pada pasien ke 2 ditemukan masalah resiko hipotermi berhubungan dengan bayi baru lahir (D.0140), Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan tubuh primer.

c. Intervensi keperawatan

Tabel 4.6
Perencanaan Keperawatan Ibu Post Partum spontan

Intervensi Keperawatan			
Klien 1			
Hari/ Tgl/ Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Senin 21juni 2021	Nyeri akut bd agen pencedera fisik. (D.0077)	Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 3 jam di harapkan Nyeri akut bd agen pencedera fisik terpenhi Ekspetasi menurun Kriteria hasil : L. 08066 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun(5) 4. Kesulitan tidur menurun (5)	Management Nyeri I.08238 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2	Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI teratasi</p> <p>Kriteria hasil : Membaik (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Berat badan bayi meningkat (5) 4. Miksi bayi lebih dari 8 kali (5) 5. Hisapan bayi meningkat (5) 6. Intake bayi meningkat (5) 7. Menyusui efektif (5) 	<p>Edukasi menyusui I.12393 promoai perlekatan I.10342</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. identifikasi keadaan emosional ibu saat akan di lakukan konseling menyusui 2.2. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.3. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui 2.4. Ajarkan teknik menyusui yang tepatsesuai kebutuhan ibu 2.5. Memonitor kegiatan menyusui 2.6. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 2.7. Monitor perlekatan saat menyusui saat menyusui
3	Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua. (D. 0080)	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua.</p> <p>Ekspetasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil : (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun (5) 2. Perilaku tegang menurun (5) 3. Verbalisasi kebingungan(5) menurun 4. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menuru(5) 5. Frekuensi pernafasan membaik (5) 6. Keluhan pusing menurunPola tidur membaik (6) 	<p>Reduksi Ansietas I.09314</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2. identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3.3. Monitor tanda tanda ansietas 3.4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menunbuhkan kepercayaan 3.5. Pahami situasi yang membuat ansietas 3.6. Dengarkan dengan penuh perhatian

4	Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi (D.0055)	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi teratasi Ekspetasi : Membaik Kriteria hasil :(L.050450)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan beraktivitas membaik 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur I.05174 I.12362</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. observasi pola tidur dan aktivitas 4.2. identifikasi faktor yang mengganggu tidur 4.3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4.4. modifikasi lingkungan 4.5. menganjurkan mengatur jadwal tidur secara rutin 4.6. menjelaskan pentingnya tidur 4.7. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat
5	Resiko infeksi bd laserasi jalan lahir (D.0142)	<p>Tujuan Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Resiko infeksi bd laserasi jalan lahir Kriteria hasil : Ekspetasi menurun L.14137.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan demam menurun (5) 2. Keluahn nyeri berkurang (5) 3. Keluhan kemerahan berkurang (5) 	<p>Perawatan PerineumI.12429</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir 5.2. Faslitasi dalam membersihkan perineum 5.3. Pertahankan perineum tetap kering 5.4. Berikan posisi nyaman 5.5. Berikan kompres es jika perlu 5.6. Berikan pembalut yang menyerap cairan 5.7. Ajarkan pasien dan keluarga mengobsevasi tanda abnormal pada perineum Misalnya infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal 5.8. Kolaborasi pemberian analgesik

Intervensi Keperawatan			
Klien 2			
Hari/ Tgl/ Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Senin	Nyeri akut bd agen pencedera fisik. (D.0077)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Nyeri akut bd agen pencedera fisik terpenhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Ekspetasi menurun L. 08066</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 	<p>management nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi lokasi, karateristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri. 1.2. Identifikasi skala nyeri 1.3. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.4. identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Menyusui Efektif Bd Hormon Oksitoksin dan Prolaktin Adekuat (D.0028)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di Menyusui Efektif Bd Hormon Oksitoksin dan Prolaktin Adekuat teratasi</p> <p>Ekspetasi : Membaik</p> <p>Kriteria hasil : (L.03029)</p> <p>perlekatan bayi pada ibu meningkat (5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 2. Bak lebih dari 8kali dalam 24 jam meningkat (5) 3. suplai ASI adekuat meningkat (5) 4. puting tidak lecet meningkat (5) 	<p>Edukasi menyusui I.12393</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2.2. Identifikasi tujuan dan keinginan ibu menyusui 2.3. Jelaskan manfaat menyusui pada ibu 2.4. Ajarkan perawatan payudara pada ibu

3	Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi (D.0055)	<p>Tujuan</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi teratasi</p> <p>Ekspetasi : Membaik</p> <p>Kriteria hasil : (L.05045)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan beraktivitas membaik (5) 2. Keluhan sulit tidur menurun (5) 3. Keluhan sering terjaga menurun (5) 4. Keluhan pola tidur berubah menurun(5) 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5) 	<p>Dukungan tidur I.05174I</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. identifikasi pola aktivitts dan tidur 3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur 3.3. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3.4. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat 3.5. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 3.6. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat misalnya kelelahan
Intervensi			
By. klien 1			
Hari/Tgl/Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
senin, 21juni 2021	Resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer D.0142	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan</p> <p>Ekspetasi</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan demam menurun (5) 2. keluhan kemerahan menurun (5) 3. keluhan adanya bengkak menurun (5) 4. keluhan nyeri menurun (5) 	<p>perawatan Neonatus I.14539</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor tanda dan tanda vital bayi 1.2. Monitor tanda dan gejala infeksi 1.3. Rawat tali pusat secara terbuka tidak di bungkus 1.4. Bersihkan tali pusat dengan air steril atau air matang 1.5. Anjurkan tidak membubuhi apapun pada tali pusat 1.6. Anjurkan menyusui bayi setiap 2 jam 1.7. Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi 1.8. Anjurkan mengganti popok setelah perawatan tali pusat

senin, 21 Juni 2021	Resiko defisit nutrisi (D.0019)	TUJUAN Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan Resiko defisit nutrisi bd tidak mampuan mencerna makanan teratasi Ekspetasi : meningkat Kriteria hasil (L.03030) 1. frekuensi menyusu meningkat (5) 2. berat badan meningkat (5) 3. tebal lipatan kulit meningkat (5) 4. indeks masa tubuh meningkat (5)	Konseling Laktasi I.030119 2.1. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui 2.2. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui 2.3. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhan ibu
Intervensi			
By. klien 2			
selasa, 22 juni 2021	Resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (D.0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan Ekspetasi Kriteria hasil L.14137 1. Keluhan demam menurun (5) 2. Keluahn nyeri menurun (5) 3. Keluhan kemerahan menurun(5)	Intervensi I.14539 perawatan Neonatus I.14539 1.1. Monitor tanda dan tanda vital bayi 1.2. Monitor tanda dan gejala infeksi 1.3. Rawat tali pusat secara terbuka tidak di bungkus 1.4. Bersihkan tali pusat dengan air steril atau air matang 1.5. Anjurkan tidak membubuhi apapun pada tali pusat 1.6. Anjurkan menyusui bayi setiap 2 jam 1.7. Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi 1.8. Anjurkan mengganti popok setelah perawatan tali pusat

senin, 21 Juni 2021	Resiko hipotermia bd Bayi baru lahir (D.0140)	Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien meningkat Kriteria (L.14134) 1. Suhu tubuh mmbaik (5) 2. Suhu kulit membaik 3. Pengisi kapiler membaik (5) 4. Tekanan darah membaik (5)	Management Hipotermia I.14507 2.1. Monitor suhu tubuh 2.2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Lingkungan suhu rendah , pakaian tipis,) 2.3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 2.4. Sediakan lingkungan yang hangat 2.5. Ganti pakaian atau linan yang basah 2.6. Lakukan pewangatan pasif
------------------------	---	---	---

Interpretasi data :

Berdasarkan tabel 4.6 di jelaskan Bahwa intervensi yang di tegakan pada klien 1 dan klien 2 Berdasarkan teori dan diagnosa keperawatan dengan menggunakan SDKI 2016, SIKI 2017 sehingga perencanaan antara kedua pasien tidak jauh berbeda. Intervensi pada klien 1 dan 2 tidak jauh berbeda karena klien memiliki 2 diagnosa yang sama. Kemudian perencanaan pada By. klien 1 dan By. klien 2 tidak jauh berbeda karena by klien 1 dan by. klien 2 memiliki satu diagnosa yang sama yaitu Resiko infeksi

e. Implementasi

Tabel 4.7
Implementasi Keperawatan Ibu Post Partum spontan

Implementasi Keperawatan		
Klien 1		
Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Senin 21 juni 2021 11.30	1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5. Anjurkan Relaksasi Nafas dalam	DS : - pasien mengatakan nyeri Pada genetelia terasa seperti teriris nyeri terasa saat bergerak dan hilang timbul DO : - pasien tampak nyeri P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 5 T : hilang timbul - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c
12.15	2.1. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.2. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui 2.3. Mendengarkan pasien bicaradengan penuh perhatian 2.4. Mendorong pasien mengungkapkan perasaanya 3.2 monitor penyebab ansietas	DS : - pasien mengatakan memberi asinya tetapi belum keluar - pasien mengatakan dari persalinan pertama asi susah untuk keluar - pasien khawatir Nutrisi bayinya tidak tercukupi DO: - payudara nampak keras - ASI tidak menetes pada kedua payudara - payudara nampak keras, pasien nampak tidak

<p>Selasa 23 juni 2021 11.30</p>	<p>1.1. reaksi verbal dan non verbal Memonitor nyeri dengan komperensif 1.2. MengobservasiMemonitor tanda tanda vital 1.3. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>Ds : - pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan nyeri terasa saat duduk DO - Pasien nampak nyeri P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 4 T : hilang timbul meringis saat menahan nyeri - Wajah pasien tampak meringis pada saat nyeri timbul - Tanda tanda vital Td : 120/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c</p>
<p>11.59</p>	<p>2.1. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.2. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui 2.3. Kompres hangat 2.4. Mengajarkan pijat payudara 3.1. Mendorong pasien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Ds : - pasien mengatakan asinya keluar tidak lancar - pasien mengatakan ingin memberikan ASI pada bayinya - pasien mengatakan bayinya menghisap ASI dengan kuat DO: - payudara nampak keras - pasien memijat payudara - Reflek menghisap bayi kuat</p>
<p>12.07</p>	<p>4.1. Observasi pola aktivitas dan tidur 4.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>DS: - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien tidur hanya 3 jam bergantian dengan suami dalam menjaga bayi - pasien mengatakan tidak nyaman dengan lingkungan dan tidak bisa tidur karena menjaga bayi DO : - pasien nampak lemas - pola tidur 3 jam - pasien nampak lemas konjungtiva tidak anemis</p>

12.12	<p>5.1. mengkaji keadaan luka</p> <p>5.2. observasi tanda tanda infeksi observasi keadaan perineum tetap kering</p> <p>5.3. kaji pengeluaran lochea warna dan jumlah</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan luka mulai mengering - pasien mengatakan nyeri - pasien mengatakan tidak ada tidak ada demam, tidak ada bengkak pada genetalia dan jahitan, tidak ada cairan pada luka - pasien mengatakan lochea bewarna merah - pasien mengatakan mengganti pembalut 3-4 kali sehari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - teradapat ruptur perineum R : ada kemerahan E: tidak ada edema E : tidal ada kebiruan D : tidak ada cairan, eksudat A : luka belum menyatu - tidak ada tanda infeksi - lochea rubra - jumlah darah nifas 80 cc perhari.
12.35	<p>5.4. kolaborasi pemberian Antibiotik</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian Analgesik</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilin 500 mg - mefenamat Acid 500 mg
Rabu 23 juni 2021 11.30	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi</p> <p>1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal</p> <p>1.3. Memonitor tanda tanda vital</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan nyeri terasa saat duduk <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak nyeri P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 4 T : hilang timbul meringis saat menahan nyeri - Wajah pasien tampak meringis pada saat nyeri timbul - Tanda tanda vital Td : 120/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit

11.59	<p>2.1. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui</p> <p>2.2. observasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui</p> <p>2.3. Menganjurkan mengubah posisi ibu dalam memberikan ASI</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan asinya keluar lancar - pasien bayinya menyusu kuat - pasien mengatakan tidak ada nyeri pada payudara - pasien mengatakan melakukan posisi yang di ajarkan sebelumnya - pasien mengatakan melakukan kompres payudara bila nyeri pada payudara <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI nampak keluar dan menetes dari kedua payudara - pasien memijat payudara - Reflek menghisap bayi kuat
12.08	<p>3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien tidur hanya 2-3 jam bergantian dengan suami dalam menjaga bayi - pasien mengatakan tidak nyamandengan lingkungan dan tidak bisa tidur karena menjaga bayi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - pola tidur 3 jam
13.10	3.1 observasi tanda tanda kecemasan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi karena ASI sudah keluar pada kedua payudara <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak tenang - pasientidaktampak gelisah <p>TD ; 120/90 ND : 104x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36.6 c</p>

12.10		berikan posisi yang di ajarkan - Pasien mengatakan melakukan pijat dan kompres hangat yang di ajarkan Do: - ASI keluar memancar menetes pada kedua payudara ibu - Reflek menghisap Bayi kuat - Tidak Ada
12.30	3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur 3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur	DS: - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien tidur hanya 2-4 jam, pasien tidur saat bayinya tidur DO: - pasien tidak mengeluh kurang tidur - pola tidur 2-4 jam tidur
13.15	5.1. mengkaji keadaan luka 5.2. observasi tanda tanda infeksi observasi keadaan perineum tetap kering 5.3. kaji pengeluaran lochea warna dan jumlah	DS : - Pasien mengatakan luka mulai mengering - pasien nyeri berkurang - pasien mengatakan tidak ada demam, tidak ada bengkak pada genitalia dan jahitan, tidak ada cairan pada luka DO : - terdapat ruptur perineum R : kemerahan berkurang E: tidak ada edema E : tidak ada kebiruan D : tidak ada cairan, eksudat A : luka belum menyatu - tidak ada tanda infeksi - lochea rubra
13.30	5.4. kolaborasi pemberian Antibiotik	DS : - DO : Amoxicilin 500

<p>Jumat 25 juni 2021 11.30</p>	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst 1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal 1.3. Memonitor tanda tanda vital</p>	<p>DS : - Pasien mengatakan nyeri berkurang - pasien mengatakan nyeri Do : - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 3 T : hilang timbul - pasien tampak meringis saat menahan nyeri - Tanda tanda vital Td : 120/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5'c</p>
<p>11.45</p>	<p>2.1. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.2. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui</p>	<p>Ds : - Pasien mengatakan memberi ASI nya sudah keluar - pasien mengatakan Bayi Menyusu dengan kuat - pasien mengatakan dari persalinan pertama asi susah untuk keluar - Pasien mengatakan ASI keluar lancar setelah di berikan posisi yang di ajarkan - Pasien mengatakan melakukan pijat dan kompres hangat yang di ajarkan</p>
<p>12.05</p>		<p>Do: - ASI keluar memancar menetes pada kedua payudara ibu - Reflek menghisap Bayi kuat</p>
<p>13.10</p>	<p>3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur 3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>DS: - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien tdur hanya 2-4 jam, pasien tidur saat bayinya tidur DO: - pasien tidak mengeluh kurang tidur</p>

14.00	<p>3.3. mengkaji keadaan luka</p> <p>3.4. observasi tanda tanda infeksi observasi keadaan perineum tetap kering</p> <p>3.5. kaji pengeluaran lochea warna dan jumlah</p> <p>3.6. kolaborasi pemberian Antibiotik</p>	<p>- pola tidur 2-4 jam tidur</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan luka mulai mengering - pasien nyeri berkurang - pasien mengatakan mengganti pembalut 4 kali - pasien mengatakan darah warna merah - pasien mengatakan tidak ada demam, tidak ada bengkak pada genetalia dan jahitan, tidak ada cairan pada luka <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum R : kemerahan berkurang E: tidak ada edema E : tidak ada kebiruan D : tidak ada cairan, eksudat A : luka mulai menyatu - tidak ada tanda infeksi - lochea rubra <p>DS : -</p> <p>DO : Amoxicilin 500 mg</p>
Sabtu 25 juni 2021 11.30.	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst</p> <p>1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal</p> <p>1.3. Memonitor tanda tanda vital</p>	<p>1.1. Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - pasien mengatakan nyeri terasa tiba tiba hilang timbul <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 2 T : hilang timbul - pasien tampak tidak nyaman saat nyeri - Tanda tanda vital Td : 120/95 mmhg Nd : 102x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5'c

12.10	<p>2.1. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui</p> <p>2.2. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memberi ASI nya sudah keluar - pasien mengatakan Bayi Menyusu dengan kuat - pasien mengatakan dari persalinan pertama asi susah untuk keluar - Pasien mengatakan ASI keluar lancar setelah di berikan posisi yang di ajarkan - Pasien mengatakan melakukan pijat dan kompres hangat yang di ajarkan <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI keluar memancar menetes pada kedua payudara ibu - Reflek menghisap Bayi kuat
12.30	<p>3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3.3. mengkaji keadaan luka</p> <p>3.4. observasi tanda tanda infeksi observasi keadaan perineum tetap kering</p> <p>3.5. kaji pengeluaran lochea warna dan jumlah</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien tidur hanya 2-4 jam, pasien tidur saat bayinya tidur <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak mengeluh kurang tidur - pola tidur 2-4 jam tidur <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan luka kering - pasien mengatakan mengganti softex 4-6kali - pasien mengatakan tidak ada demam, tidak ada bengkak pada genetalia dan jahitan, tidak ada caiarn pada luka <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - teradapat ruptur perineum <p>R : kemerahan berkurang</p> <p>E: tidak ada edema</p> <p>E : tidal ada kebiruan</p>

	3.6. kolaborasi pemberian Antibiotik	D : tidak ada cairan, eksudat A : luka belum menyatu - tidak ada tanda infeksi - lochea rubra DS : - DO : Amoxicilin 500 mg
Implementasi Keperawatan		
Klien 2		
Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Selasa 22 juni 2021 12.30 12.40	1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst 1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal 1.3. Memonitor tanda tanda vita 1.4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	DS : - pasien mengatakan nyeri pada genetelia setelah persalinan DO: - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 4 T : hilang timbul pasien tampak meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5'c
12.55	2.1. Identifikasi kebutuhan Asi bagi ibu dan Bayi 2.2. Anjurkan menyusui bayi 2.3. Anjurkan ibu untuk menjaga produksi ASI dengan memerah ASI 2.4. Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif	DS - Pasien mengatakan bayinya mengatakan ASI keluar dari payudara memancar menyusui kuat - pasien - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif DO - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali

13.05	<p>3.1. pola aktivitas dan tidur 3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur 3.3. anjurkan istirahat dan tidur</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk
Rabu 23 juni 2021 11.30	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst 1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal 1.3. Memonitor tanda tanda vital 1.4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>2.1. Identifikasi kebutuhan Asi bagi ibu dan Bayi 2.2. Anjurkan menyusui bayi 2.3. Anjurkan ibu untuk menjaga produksi ASI dengan memerah ASI 2.4. Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada genetelia setelah persalinn <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 4 T : hilang timbul pasien tampak meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya menyusu kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat

	<p>3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3.3. anjurkan relaksasi non farmakologi</p>	<p>- bayi BAK 9 kali</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakn tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatkan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk
<p>Kamis 24 juni 2021 11.30</p>	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst</p> <p>1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal</p> <p>1.3. Memonitor tanda tanda vital</p> <p>1.4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada genetelia setelah persalinn <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 4 T : hilang timbul pasien tampak meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c
<p>12.59</p>	<p>2.1. Identifikasi kebutuhan Asibagi ibu dan Bayi</p> <p>2.2. Anjurkan menyusui bayi</p> <p>2.3. Anjurkan ibu untuk menjaga produksi ASI dengan memerah ASI</p> <p>2.4. Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan

13.00	<p>3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>kuat</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakn tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatkan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk
<p>Jumat 25 juni 2021</p> <p>11.30</p>	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst</p> <p>1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal</p> <p>1.3. Memonitor tanda tanda vital</p> <p>1.4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada genetelia setelah persalinn - nyeri berkurang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 3 T : hilang timbul pasien tampak meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c
11.57	<p>2.1. Identifikasi kebutuhan Asi bagi ibu dan Bayi</p> <p>2.2. Anjurkan menyusui bayi</p> <p>2.3. Anjurkan ibu untuk menjaga produksi ASI dengan memerah ASI</p> <p>2.4. Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya menyusu kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif

12.30	<p>3.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3.3. anjurkan relaksasi non farmakologi</p>	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi menyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk
<p>sabtu 26 juni 2021</p> <p>11.30</p>	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst</p> <p>1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal</p> <p>1.3. Memonitor tanda tanda vital</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada genetelia setelah persalinn <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 3 T : hilang timbul pasien tampak meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c
12.15	<p>2.1. Identifikasi kebutuhan Asi bagi ibu dan Bayi</p> <p>2.2. Anjurkan menyusui bayi</p> <p>2.3. Anjurkan ibu untuk menjaga produksi ASI dengan memerah ASI</p> <p>2.4. Anjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya menyusu kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan

13.20	<p>2.1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>ASI eksklusif</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi menyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya
13.45	2.3. anjurkan relaksasi non farmakologi	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 3 T : hilang timbul - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya menyusu kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif

		<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi menyusui dengan kuat - reflek menghisap kuat - Bayi BAK 9 kali <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk
<p>minggu 27 juni 2021 11.30</p>	<p>1.1. Memonitor nyeri dengan komperensif meliputi pqrst 1.2. Mengobservasi reaksi verbal dan non verbal 1.3. Memonitor tanda tanda vital</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang sudah jarang nyeri setelah persalinn <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti berdenyut R: genetelia S : 2 T : hilang timbul - tanda tanda vital Td : 129/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c
<p>12.00</p>	<p>1.4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bayinya menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif
<p>12.14</p>		

12.45	<p>2.1. observasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi menyusui dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas TD : 120/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk
Implementasi Keperawatan		
Klien By. 1		
Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Senin, 21 juni 2021 11.00	<p>1.1. Monitor tanda dan tanda vital bayi</p> <p>1.2. Monitor tanda dan gejala infeksi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam

<p>Selasa</p> <p>11.10</p>	<p>1.1. Monitor tanda dan tanda vital bayi</p> <p>1.2. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.3. Melakukan perawatan tali pusat</p> <p>1.4. Monitor ASI pada bayi</p> <p>1.7. Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi</p> <p>1.8. Anjurkan mengganti popok setelah perawatan tali pusat</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI tidak lancar - ibu mengatakan tali pusat masih basah - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 6 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih basah tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda infeksi - tampak ASI tidak lancar tidak keluar dari kedua payudara - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.3 c
<p>12.14</p>	<p>2.1. Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif</p> <p>2.2. Mengobservasi keinginan ibu untuk menyusui</p> <p>2.3. Mengajarkan mengatur teknik Posisi menyusui</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nampak keras - posisi perlekatan Asi salah - ASI belum keluar pada kedua payudara - payudara bayi

<p>Rabu</p> <p>11.12</p>	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Melakukan Perawatan tali pusat</p> <p>1.4. Anjurkan menyusui bayi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI sudah keluar - bayi menyusu pada payudara ibu dengan kuat - ibu mengatakan tali pusat mulai mengering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 8 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih basah tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda tanda infeksi - pasien mengatakan ASI tidak lancar asi - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.3
<p>11.43</p>	<p>2.1. Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif</p> <p>2.2. Mengobservasi keinginan ibu untuk menyusui</p> <p>2.3. Mengajarkan mengatur teknik yang tepat</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada - bayi menyusu dengan kuat - ASI keluar dari kedua payudara <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi nampak keluar pada kedua payudara - posisi perlekatan bayi sesuai - bayi menyusu kuat - BAK leleh dari 9 kali

<p>Kamis</p> <p>11.00</p>	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Melakukan Perawatan tali pusat</p> <p>1.4. Anjurkan menyusui bayi</p> <p>2.1. Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif</p> <p>2.2. Mengobservasi keinginan ibu untuk menyusui</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar asi - ibu mengatakan tali pusat mulai mengering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 5 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih basah tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda infeksi - pasien mengatakan ASI lancar - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.3
<p>12.10</p>		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi belum keluar pada kedua payudara - payudara nampak keras - posisi perlekatan bayi

<p>Jumat</p> <p>11.00</p>	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Observasi thermogulasi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI keluar menetes pada kedua payudara - ibu mengatakan tali pusat sudah kering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 8 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih basah tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda tanda infeksi - pasien mengatakan ASI tidak lancar asi - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.3
<p>11.45</p>	<p>2.1. Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif</p> <p>2.2. Mengobservasi keinginan ibu untuk menyusui</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat ibu - mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi keluar pada kedua payudara - Nampak ASI keluar dari kedua payudara

<p>Sabtu</p> <p>11.00</p>	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Melakukan Perawatan tali pusat</p> <p>1.4. Anjurkan menyusui bayi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar asi - ibu mengatakan tali pusat sudah kering hampir lepas - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 8 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat kering tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda tanda infeksi - pasien mengatakan ASI lancar asi keluar dari kedua payudara menetes dan memancar - nampak bayi menyusu kuat - Reflek menghisap kuat - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.6
<p>11.54</p>	<p>2.1. Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif</p> <p>2.2. Mengobservasi keinginan ibu untuk menyusui</p> <p>2.3. Mengajarkan mengatur teknik yang tepat</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan - Ibu mengatakn ASI keluar dari kedua payudara - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada menempel pada dada ibu dan perut ibu posisi perlekatan bayi

Implementasi Keperawatan		
Klien By. 2		
Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Selasa 22 juni 2021 11.36	1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital 1.3. Observasi thermogulasi	DS - ibu pasien mengatakan bayinya menagis - ibu mengatakan suhu ruangan dingin - ibu mengatakan Bayi meggunkan selimut hanya satu lapis pada bayi DO - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,3
12.00	2.1. Monitor tanda dan tanda vital bayi 2.2. Monitor tanda dan gejala infeksi 2.3. Mengajarkan Rawat tali pusat secara terbuka tidak di bungkus 2.4. Bersihkan tali pusat dengan air steril atau air matang 2.5. Anjurkan tidak membubuhi apapun pada tali pusat 2.6. Anjurkan menyusui bayi setiap 2 jam 2.7. Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi 2.8. Anjurkan mengganti popok setelah perawatan tali pusat	DS - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar asi - ibu mengatakan tali pusat masih basah - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 6 kali DO - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih basah tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda tanda infeksi - pasien mengatakan ASI lancar asi - bayi menyusu kuat - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit

		Rr : 40 suhu : 36.3
Rabu 23 juni 2021 11.00 11.54	1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital 1.3. Observasi thermogulasi 1.4. Anjurkan penghangatan pasif	DS - ibu pasien mengatakan tubuh bayinya teraba hangat - ibu mengatakan suhu ruangan dingin DO - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,4 DS - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar - ibu mengatakan tali pusat masih basah - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 5 kali DO - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih basah tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda infeksi - pasien mengatakan ASI lancar Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.4

		<p>paham tentang perawatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI lancar - ibu mengatakan tali pusat mulai kering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 9 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusa kering tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda tanda infeksi - pasien mengatakan ASI tidak lancar asi - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.3
<p>Jumat 25 juni 2021</p> <p>11.00</p> <p>11.15</p>	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Observasi thermogulasi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya teraba hangat <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - akral teraba hangat - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,6 <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar asi - ibu mengatakan tali pusat sudah kering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 5 kali

		<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat kering tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda infeksi - pasien mengatakan ASI lancar asi diberikan 1-2 jam sekali - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.6
<p>Sabtu 26 juni 2021</p> <p>11.00</p>	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Observasi thermogulasi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - . ibu pasien mengatakan bayi terlihat tenang <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - akral teraba hangat - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,6 <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar - ibu mengatakan tali pusat sudah kering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 5 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat sudah kering tidak ada bengkak tidak ada

		<p>nanah tidak ada tanda tanda infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI <p>Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.6</p>
Minggu 27 juni 2021	<p>1.1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>1.3. Observasi thermogulasi</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan bayi tidak tidak teraba dingin <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40x/meniy suhu : 36.6c
11.00	<p>2.1. monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>2.2. mengajarkan merawat tali pusat</p> <p>2.3. observasi pemberian ASI</p> <p>2.4. observasi tali pusat</p>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan bayinya tidak ada mengalami demam - ibu mengatakan sudah paham tentang perawatan tali pusat - pasien mengatakan ASI lancar - ibu mengatakan tali pusat sudah kering - pasien mengatakan mengganti popok bayi sudah 5 kali <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak paham dengan perawatan tali pusat - tampak tali pusat masih kering belum lepas tidak ada bengkak tidak ada nanah tidak ada tanda tanda infeksi - pasien mengatakan ASI lancar asi nampak memancar dari kedua payudara ibu - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36.3c
11.29		

Interpretasi

Berdasarkan tabel 4.8 diatas implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 6 hari. Implementasi dilakukan pada tanggal 21 Juni 2021 sampai 27 Juni 2021 yang dilakukan secara komperhensif.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 8
Evaluasi Keperawatan Ibu Post Partum spontan

Evaluasi Keperawatan		
Klien 1		
Hari ke-	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Senin 21 juni 2021 hari 1 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik D.0077	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 5 T : hilang timbul <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah pasien tampak meringis saat nyeri timbul - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - Tanda Tanda vital Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5’c <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis 1.5. Anjurkan Relaksasi Nafas dalam 1.6. Kolaborasi Pemberian analgesik

11.25	Menyusui tidak efektif Bd Hormon oksitoksin dan prolaktin adekuat (D.0028)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI belum keluar - payudara terasa nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - payudara tampak keras - terdapat nyeri pada payudara - ASI nampak tidak menetes pada kedua payudara - Reflek Menghisap bayi kuat - Nyeri pada payudara <p>A : masalah belum tertatasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. identifiikasi keadaan emosional ibu saat akan di lakukan konseling menyusui 2.2. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.3. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui 2.4. Ajarkan teknik menyusui yang tepatsesuai kebutuhan ibu 2.5. Memonitor kegiatan menyusui 2.6. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI
11.45	Ansietas bd Ancaman konsep diri (D.0080)	<p>Monitor perlekatan saat menyusui saat menyusui</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengataka masih terasa cemas karena ASI belum keluar - klien mengataan sulit tidur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien tampak cemas dengan kondisinya - TD : 125/90 Nadi : 110 : 20x/menit Suhu : 36,6 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas bd Ancaman konsep diri belum teratsi <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2. Monitor tanda tanda ansietas 3.3. Pahami situasi yang membuata ansietas 3.4. Dengarkan dengan penuh perhatian 3.5. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah

12.30	gangguan pola tidur Bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>3.6. Monitor tanda tanda ansietas</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan mengantuk tidak ada tidur - pasien mengatakan tidur hanya 1 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - pasien nampak pucat - Pola tidur 1 jam - Konjungtiva merah muda <p>TD : 125/90 mmhg Nadi : 110 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,6</p> <p>A : gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. observasi pola tidur dan aktivitas 4.2. identifikasi faktor yang mengganggu tidur 4.3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4.4. modifikasi lingkungan 4.5. menganjurkan mengatur jadwal tidur secara rutin 4.6. menjelaskan pentingnya tidur 4.7. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat
14.00	Resiko infeksi bd ruptur perineum (D.0142)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka - pasien mengatakan tidak ada demam - pasien mengatakan tidak ada gatal pada luka <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum Derajat 2 <p>R : ada kemerahan E : tidak ada edema E : tidak ada penadarahan D : tidak ada keluarnya cairan A: luka belum menyatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - lochea rubra - tidak ditemukan tanda tanda infeksi <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir 5.2. Faslitasi dalam membersihkan perineum 5.3. Pertahankan perineum tetap kering 5.4. Berikan posisi nyaman 5.5. Berikan pembalut yang menyerap cairan 5.6. Kolaborasi pemberian analgesik

<p>Selasa 22 juni 2021 11.00</p>	<p>Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri <p>P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 5 T : hilang timbul</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah pasien tampak meringis saat nyeri timbul - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - Tanda Tanda vital Td : 125/95 mmhg Nd : 102/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5. Anjurkan Relaksasi Nafas dalam 1.6. Kolaborasi Pemberian analgesik
<p>11.25</p>	<p>Menyusui tidak efektif BdHormon oksitoksin dan prolaktin adekuat D,0028</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI Sudah keluar sedikit tetapi tidak lancar - pasien mengatakan payudara terasa nyeri berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - payudara tampak keras - terdapat nyeri pada payudara - ASI keluar sedikit - nampak tidak menetes memancar pada kedua payudara - Reflek Menghisap bayi kuat <p>A : masalah belum tertatasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. identifikasi keadaan emosional ibu saat akan di lakukan konseling menyusui 2.2. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.3. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui 2.4. Ajarkan teknik menyusui yang tepatsesuai kebutuhan ibu 2.5. Memonitor kegiatan menyusui 2.6. Identifikasi kemampuan bayi

11.45	Ansietas bd Ancaman konsep diri (D.0080)	<p>menghisap</p> <p>2.7. dan menelan ASI Monitor perlekatan saat menyusui saat menyusui</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengataka Sudah memahami kondisinya - klien mengataan sulit tidur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lebih tenang - pasien tampak cemas berkurang - pasien tampak mengetahui kondisi yang di hadapinya - TD : 120/90 Nadi : 98 RR: 20x/menit Suhu : 36,6 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas teratasi sebagian <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2. Monitor tanda tanda ansietas 3.3. Pahami situasi yang membuat ansietas 3.4. Dengarkan dengan penuh perhatian 3.5. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.6. Monitor tanda tanda ansietas
12.30	gangguan pola tidur Bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan mengantuk - pasien mengatakan tidur hanya 1 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - pasien nampak pucat - Pola tidur 1 jam - Konjungtiva merah muda TD : 125/90 mmhg Nadi : 110 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,6 <p>A : gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. observasi pola tidur dan aktivitas 4.2. identifikasi faktor yang mengganggu tidur 4.3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4.4. modifikasi lingkungan 4.5. menganjurkan mengatur jadwal tidur secara rutin

12.45	Resiko infeksi bd ruptur perineum (D.0142)	<p>4.6. menjelaskan pentingnya tidur 4.7. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang pada luka - pasien mengatakan tidak ada demam - pasien mengatakan tidak ada gatal pada luka <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum Derajat 2 <p>R : ada kemerahan E : tidak ada edema E : tidak ada penadarahan D : tidak ada keluarnya cairan A: luka belum menyatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat lochea rubra - tidak ditemukan tanda tanda infeksi <p>A: masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir 5.2. Faslitasi dalam membersihkan perineum 5.3. Pertahankan perineum tetap kering 5.4. Berikan posisi nyaman 5.5. Berikan pembalut yang menyerap cairan 5.6. Kolaborasi pemberian analgesik
Rabu 23 Juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri <p>P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 4 T : hilang timbul</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah pasien tampak meringis saat nyeri timbul - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - Tanda Tanda viatal Td : 120/90 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang 1.4. memperberat dan memperringanyeri 1.5. Berikan teknik non farmakologis 1.6. Anjurkan Relaksasi Nafas dalam

11.25	Menyusui tidak efektif BdHormon oksitoksin dan prolaktin adekuat (D.0028)	<p>1.7. Kolaborasi Pemberian analgesik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengaatkan ASI sudah keluar - payudara terasa tidak ada nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - payudara tampak keras - terdapat nyeri pada payudara - ASI nampak tidak menetes pada kedua payudara - Reflek Menghisap bayi kuat - Nyeri pada payudara <p>A : masalah belum tertatasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.5. Memonitor kegiatan menyusui</p> <p>2.6. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI</p> <p>2.7. Monitor perlekatan saat menyusui saat menyusui</p>
11.45	Ansietas bd Ancaman konsep diri (D.0080)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengataka masih terasa cemas karena ASI belum keluar - klien mengataan sulit tidur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien tampak cemas dengan kondisinya - TD : 125/90 Nadi : 110 : 20x/menit Suhu : 36,6 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas bd Ancaman konsep diri belum teratsi <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1. Identifikasi saat tingkaat ansietas berubah</p> <p>3.2. Monitor tanda tanda ansietas</p> <p>3.3. Pahami situasi yang membuata ansietas</p> <p>3.4. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>3.5. Identifikasi saat tingkaat ansietas berubah</p> <p>3.6. Monitor tanda tanda ansietas</p>
12.30	gangguan pola tidur Bd kurang kontrol tidur D.0055	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan mengantuk tidak ada tidur - pasien mengatakan tidur hanya 1 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas

13.15	Resiko infeksi bd ruptur perineum D.0142	<ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak pucat - Pola tidur 1 jam - Konjungtiva merah muda TD : 125/90 mmhg Nadi : 110 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,6 <p>A : gangguan pola tidur belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. observasi pola tidur dan aktivitas 4.2. identifikasi faktor yang mengganggu tidur 4.3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4.4. modifikasi lingkungan 4.5. menganjurkan mengatur jadwal tidur secara rutin 4.6. menjelaskan pentingnya tidur 4.7. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka - pasien mengatakan tidak ada demam - pasien mengatakan tidak ada gatal pada luka <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum Derajat 2 <p>R : ada kemerahan E : tidak ada edema E : tidak ada penadarahan D : tidak ada keluarnya cairan A: luka belum menyatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - lochea rubra - tidak ditemukan tanda tanda infeksi <p>A: masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir 5.2. Fasilitasi dalam membersihkan perineum 5.3. Pertahankan perineum tetap kering 5.4. Berikan posisi nyaman 5.5. Berikan pembalut yang menyerap cairan 5.6. Kolaborasi pemberian analgesik
Kamis 24 juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih nyeri tetapi nyeri sudah berkurang berkurang <p>P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 4 T : hilang timbul</p>

11.25	Menyusui tidak efektif BdHormon oksitoksin dan prolaktin adekuat (D.0028)	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah pasien tampak meringis saat nyeri timbul - Tanda Tanda vital Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5’c <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang 1.4. memperberat dan memperingannyeri 1.5. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 1.6. Anjurkan Relaksasi Nafas dalam 1.7. Kolaborasi Pemberian analgesik <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI sudah keluar - payudara tidak terasa nyeri - bayi menyusu kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari kedua payudara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak ASI kelur dari kedua payudara - tidak terdapat nyeri pada payudara - ASI nampak menetes pada kedua payudara - Reflek Menghisap bayi kuat <p>A : masalah tertatasi P : Lanjutkan intervensi</p>
11.45		<ol style="list-style-type: none"> 2.1. identifikasi keadaan emosional ibu saat akan di lakukan konseling menyusui 2.2. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 2.3. identifikasi masalah yang ibu alami selama proses menyusui 2.4. Ajarkan teknik menyusui yang tepatsesuai kebutuhan ibu 2.5. Memonitor kegiatan menyusui 2.6. Identifikasi kemampuan bayi menghisap 2.7. 2.8. 2.9. dan menelan ASI Monitor perlekatan saat menyusui saat menyusui <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengataka masih terasa cemas karena ASI belum keluar

12.30	Ansietas bd Ancaman konsep diri (D.0080)	<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan sulit tidur <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASInya sudah keluar dari kedua payudara - pasien mengatakan tidak khawatir lagi tentang kondisinya - pasien mengatakan lebih tenang dan senang ASI sudah keluar <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien tampak cemas dengan kondisinya - TD : 120/90 Nadi : 110 : 20x/menit Suhu : 36,6 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas teratsi sebagian <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2. Monitor tanda tanda ansietas 3.3. Pahami situasi yang membuat ansietas 3.4. Dengarkan dengan penuh perhatian
13.00	gangguan pola tidur Bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan mengantuk tidak ada tidur - pasien mengatakan tidur hanya 1 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - pasien nampak pucat - Pola tidur 1 jam - Konjungtiva merah muda TD : 125/90 mmhg Nadi : 110 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,6 <p>A : gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. observasi pola tidur dan aktivitas 4.2. identifikasi faktor yang mengganggu tidur 4.3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4.4. modifikasi lingkungan 4.5. menganjurkan mengatur jadwal tidur secara rutin 4.6. menjelaskan pentingnya tidur 4.7. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat

13.15	Resiko infeksi bd ruptur perineum D.0142	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka - pasien mengatakan tidak ada demam - pasien mengatakan tidak ada gatal pada luka <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum Derajat 2 <p>R : ada kemerahan E : tidak ada edema E : tidak ada penadarahan D : tidak ada keluarnya cairan A: luka belum menyatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - lochea rubra - tidak ditemukan tanda tanda infeksi <p>A: masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir 5.2. Fasilitasi dalam membersihkan perineum 5.3. Pertahankan perineum tetap kering 5.4. Berikan posisi nyaman 5.5. Berikan pembalut yang menyerap cairan 5.6. Kolaborasi pemberian analgesik
jumat 25 juni 2021 11.00	N Nyeri akut bd agen pencedera fisik D.0077	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri <p>P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 3 T : hilang timbul</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah pasien tampak meringis saat nyeri timbul - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - Tanda Tanda vital Td : 120/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang 1.4. memperberat dan memperingannyeri 1.5. Anjurkan Relaksasi Nafas dalam 1.6. Kolaborasi Pemberian analgesik

11.25	Menyusui tidak efektif Bd Hormon oksitoksin dan prolaktin adekuat (D.0028)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI Sudah keluar - payudara terasa nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ASI keluar dari kedua payudara - Nyeri pada payudara berkurang - ASI nampak menetes dan memancar pada kedua payudara - Reflek Menghisap bayi kuat <p>A : masalah belum tertatasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.2. Memonitor kegiatan menyusui 2.3. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI <p>Monitor perlekatan saat menyusui saat menyusui</p>
11.45	Ansietas bd Ancaman konsep diri (D.0080)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengataka masih terasa cemas karena ASI belum keluar - klien mengataan sulit tidur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien tampak cemas dengan kondisinya - TD : 125/90 mmhg Nadi : 110 x/menit : 20x/menit Suhu : 36,6 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas bd Ancaman konsep diri belum teratsi <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2. Monitor tanda tanda ansietas 3.3. Pahami situasi yang membuat ansietas 3.4. Dengarkan dengan penuh perhatian 3.5. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.6. Monitor tanda tanda ansietas
12.30	gangguan pola tidur Bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan mengantuk tidak ada tidur - pasien mengatakan tidur hanya 1 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - pasien nampak pucat - Pola tidur 1 jam

13.00	Resiko infeksi bd ruptur perineum (D.0142)	<ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva merah muda TD : 120/90 mmhg Nadi : 110 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,6 <p>A : gangguan pola tidur belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1. observasi pola tidur dan aktivitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang - pasien mengatakan tidak ada demam - pasien mengatakan tidak ada gatal pada luka <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum Derajat 2 R : ada kemerahan E : tidak ada edema E : tidak ada penadarahan D : tidak ada keluarnya cairan A: luka belum menyatu - lochea rubra - tidak ditemukan tanda tanda infeksi <p>A: masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1. Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir</p> <p>5.2. Fasilitasi dalam membersihkan perineum</p> <p>5.3. Pertahankan perineum tetap kering</p> <p>5.4. Berikan posisi nyaman</p> <p>5.5. Berikan pembalut yang menyerap cairan</p> <p>5.6. Kolaborasi pemberian analgesik</p>
Sabtu 26 juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik D.0077	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri Sudah berkurang dari sebelumnya <p>P: nyeri</p> <p>Q: seperti tertusuk</p> <p>R: genetelia</p> <p>S : 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - Tanda Tanda vital Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit

11.25	Menyusui tidak efektif BdHormon oksitoksin dan prolaktin adekuat (D.0028)	<p>Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : intervensi di hentikan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ASI sudah keluar - pasien mengatakan ASI keluar dari kedua payudara - pasien mengatakan tidak ada nyeri pada kedua payudara - pasien mengatakan bayi menyusu kuat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ASI keluar dari kedua payudara terdapat nyeri pada payudara - ASI nampak menetes dan memancar a pada kedua payudara - Reflek Menghisap bayi kuat - Nyeri pada payudara tidak ada
11.45	Ansietas bd Ancaman konsep diri (D.0080)	<p>A : Menyusui tidak efektif teratasi P : intervensi di hentikan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah tidak khawatir karena ASI keluar - klien mengatakan jam tidur lebih lama dari sebelumnya sulit <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak tenang - pasien tampak paham dengan kondisinya - TD : 125/90 Nadi : 110 Rr: 20x/menit Suhu : 36,6
12.30	gangguan pola tidur Bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas bd Ancaman konsep diri belum teratasi <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan jam tidur lebih lama - klien mengatakan mengantuk pasien mengatakan tidur hanya 3-4 jam - pasien mengatakan tidur saat bayinya tertidur dan di bantu oleh suami dalam menjaga bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - pasien nampak pucat - Pola tidur 1 jam - Konjungtiva merah muda

12.45	Resiko infeksi bd ruptur perineum D.0142	<p>TD : 120/90 mmhg Nadi : 102 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,6</p> <p>A : gangguan pola tidur teratasi P : intervensi di hentikan</p> <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang - pasien mengatakan tidak ada demam - pasien mengatakan tidak ada gatal pada luka <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat ruptur perineum Derajat 2 <p>R : tidak ada kemerahan E : tidak ada edema E : tidak ada penadarahan D : tidak ada keluarnya cairan A: luka mulai menyatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - lochea rubra - tidak ditemukan tanda tanda infeksi <p>A: masalah teratasi sebagian P : intervensi di hentikan</p>
Evaluasi Keperawatan		
Klien 2		
Hari ke-	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
selasa 22 juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.00077)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih terasa nyeri <p>P : involusi uteri Q: seperti tertusuk R: Abdoment S : 4 T : hilang timbul</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - tanda tanda viatal Td : 120/85 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis

11.25	Menyusui efektif Bd hormon oksitoksin dan prolaktin (D.0028)	<p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.5. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan Bayi menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif - Pasien mengatakan memahami informasi yang di ajarkan tentang ASI eksklusif <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali - pasien menyebutkan manfaat pemberian ASI - pasien menjelaskan kembali tentang Asi Eksklusif <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2.2. Identifikasi tujuan dan keinginan ibu menyusui</p> <p>2.3. Jelaskan manfaat menyusui pada ibu</p> <p>2.4. Ajarkan perawatan payudara pada ibu</p>
11.45	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur D.0055	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakn tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatkan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - Pasien tampak paham dengan manfaat istirahat dan tidur - TD : 110/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk

		<ul style="list-style-type: none"> - konjungtiva merah muda <p>A : Gangguan pola tidur belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. identifikasi pola aktivitss dan tidur 3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur 3.3. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3.4. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat 3.5. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 3.6. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat misalnya kelelahan
Rabu, 23 Juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.00077)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang - pasien mengatani nyeri hilang timbul masih terasa saat berbaring <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak nyeri <p>P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 3 T : hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak wajah pasien meringis saat nyeri timbul - tanda tanda viatal Td : 120/99 mmhg Nd : 92x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

11.25	Menyusui efektif Bd hormon oksitoksin dan prolaktin (D.0028)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan Bayi menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif - Pasien mengatakan memahami informasi yang di ajarkan tentang ASI eksklusif <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi menyusui dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali - pasien menyebutkan manfaat pemberian ASI - pasien menjelaskan kembali tentang Asi Eksklusif <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2.2. Identifikasi tujuan dan keinginan ibu menyusui 2.3. Jelaskan manfaat menyusui pada ibu 2.4. Ajarkan perawatan payudara pada ibu
11.45	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - Pasien tampak paham dengan manfaat istirahat dan tidur - TD : 110/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk - konjungtiva merah muda <p>A : Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. identifikasi pola aktivitas dan
12.30		

		<p>tidur</p> <p>3.2. identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3.3. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>3.4. Jelaskan pentingnya melakukan istirahat</p> <p>3.5. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>3.6. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat misalnya kelelahan</p>
Kamis 24 juni 2021 11.00	N Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.00077)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak nyeri P: involusi uteri Q: seperti teriris R: genetelia S : 3 T : hilang timbul - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - tanda tanda vital Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
11.25	Menyusui efektif Bd hormon oksitoksin dan prolaktin D.0028	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan Bayi menyusu kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif - Pasien mengatakan memahami informasi yang di ajarkan tentang

11.45	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>ASI eksklusif</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali - pasien menyebutkan manfaat pemberian ASI - pasien menjelakan kembali tentang Asi Eksklusif <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2.2. Identifikasi tujuan dan keinginan ibu menyusui 2.3. Jelaskan manfaat menyusui pada ibu 2.4. Ajarkan perawatan payudara pada ibu <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - Pasien tampak paham dengan manfaat istirahat dan tidur - TD : 110/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°C - pasien tampak mengantuk - konjungtiva merah muda <p>A : Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. identifikasi pola aktivitss dan tidur 3.2. identifikasi faktor pengganggu
jumat, 25 juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.00077)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri berkurang <p>P: nyeri</p> <p>Q: seperti teriris</p>

12.08	Menyusui efektif Bd hormon oksitoksin dan prolaktin (D.0028)	<p>R: genetelia S : 2 T : hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - tanda tanda viatal <p>Td : 120/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan Bayi menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif - Pasien mengatakan memahami informasi yang di ajarkan tentang ASI eksklusif <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali - pasien menyebutkan manfaat pemberian ASI - pasien menjelaskan kembali tentang Asi Eksklusif <p>A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4.2. Identifikasi tujuan dan keinginan ibu menyusui 4.3. Jelaskan manfaat menyusui pada ibu 4.4. Ajarkan perawatan payudara pada ibu
-------	--	--

12.10	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatakan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - Pasien tampak paham dengan manfaat istirahat dan tidur - TD : 110/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk - konjungtiva merah muda <p>A : Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. identifikasi pola aktivitss dan tidur 1.2. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat
sabtu 26 juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.00077)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri Pada genetelia terasa seperti teriris nyeri terasa saat bergerak dan hilang timbul - Pasien mengatakan tidak nyaman <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak nyeri <p>P: nyeri Q: seperti teriris R: genetelia S : 5 T : hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak wajah pasien meringis saat menahan nyeri - tanda tanda viatal Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi skala nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

12.19	Menyusui efektif Bd hormon oksitoksin dan prolaktin D.0028	<p>1.5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakn Bayi menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif - Pasien mengatakan memahami informasi yang di ajarkan tentang ASI eksklusif <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali - tampak pasien <p>A : Masalah teratasi P : hentikan intervensi</p>
13.10	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur D.0055	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur 4 jam - pasien mengatkan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak paham dengan manfaat istirahat dan tidur - TD : 110/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6'c - <p>A : Gangguan pola tidur teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.3. identifikasi pola aktivitss dan tidur</p>
Minggu 27 juni 2021 11.00	Nyeri akut bd agen pencedera fisik (D.00077)	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak merasakan nyeri <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak wajah pasien tidak meringis - tanda tanda viatal Td : 125/95 mmhg Nd : 98x/menit

12.00	Menyusui efektif Bd hormon oksitoksin dan prolaktin D.0028	<p>Rr : 20x/menit Suhu : 36.5°c A : Masalah m teratasi P : Hentikan intervensi</p> <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan Bayi menyusui kuat - pasien mengatakan ASI keluar dari payudara memancar - pasien mengatakan pada perslinan pertama menyusui bayi dengan ASI eksklusif - Pasien mengatakan memahami informasi yang di ajarkan tentang ASI eksklusif <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menyusui bayi - bayi meyusu dengan kuat - reflek menghisap kuat - bayi BAK 9 kali - pasien menyebutkan manfaat pemberian ASI - pasien menjelaskan kembali tentang Asi Eksklusif <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>
12.30	Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur D.0055	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan pola tidurnya berubah - pasien mengatakan tidur hanya 2-4 jam - pasien mengatkan tidak tidur karena menyusui bayinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lemas - Pasien tampak paham dengan manfaat istirahat dan tidur - TD : 110/90 Nadi :98 RR:102 Suhu:36.6°c - pasien tampak mengantuk - konjungtiva merah muda <p>A : Gangguan pola tidur belum teratasi P : Hentikan intervensi</p>

Evaluasi Keperawatan		
Klien by 1		
Hari ke-	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Senin 21 Juni 2021 11.00	Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan mengatakan tali pusat masih basah - ibu mengatakan tali pusat di bungkus kasa - ibu mengatakan sudah di lakukan edukasi perawatan tali pusat sebelumnya <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi seperti kemerahan pada daerah tali pusat, pembengkakan dan tidak berbau - suhu tubuh 36.6 - bayi dilakukan perawatan tali pusat 2 kali sehari <p>A : Masalah resiko infeksi belum teratsi P : Lanjutkan intervensi</p>
13.00	Defisit Nutrisi Bd Menyusui tidak efektif (D.0032)	<p>S : ibu mengatakan asi belum keluar O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar - Asi belum keluar pada kedua payudara - Tampak ibu memerah ASI - BB :3.150 gram - IMT : 15,43 <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui 2.2. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui 2.3. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhsn ibu

<p>selasa 11.00</p>	<p>Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142</p>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat masih basah - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,5 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
<p>12.16</p>	<p>Defisit Nutrisi Bd Menyusui tidak efektif (D.0032)</p>	<p>S : ibu mengatakan Asi sudah keluar sedikit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi belum keluar pada kedua payudara - Tampak ibu memerah ASI - BB :3.150 gram - IMT : 15,43 <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.4. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui</p> <p>2.5. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui</p> <p>2.6. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhsn ibu</p>
<p>rabu 11.00</p>	<p>Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0055</p>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat masih basah - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi - Ibu mengatakan tidak ada demam pada bayi - Ibu mengatakan selalu memperhatikan tali pusat bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada

12.15	Defisit Nutrisi Bd Menyusui tidak efektif (D.0032)	<p>tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengakak, tidak nanah,</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu tubu bayi 36,5 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S : ibu mengatakan suhu ruangan dingin O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar - Asi belum keluar pada kedua payudara - Tampak ibu memerah ASI - BB :3.150 gram - IMT : 15,43 <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.7. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui</p> <p>2.8. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui</p> <p>2.9. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhan ibu</p>
kamis 11.00	Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat mulai mengering - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi - ibu mengatakan melakukan perawatan tali pusat 3 kali - ibu mengatakn bayi menyusu kuat - ibu mengatakn bayi tidak ada demam <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak mengering - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengakak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,5 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>

12.00	Defisit Nutrisi Bd Menyusui tidak efektif (D.0032)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan bayi sudah menyusui dengan kuat - ibu mengatakan ASI keluar pada kedua payudara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar - Asi belum keluar pada kedua payudara - Tampak ibu memerah ASI - BB :3.150 gram - IMT : 15,43 <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.10. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui</p> <p>2.11. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui</p> <p>2.12. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhan ibu</p>
jumat 11.00	Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat mengering - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi - ibu mengatakan mengganti popok bayi lebih dari 5 kali <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubuh bayi 36,5 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
12.00	Defisit Nutrisi Bd Menyusui tidak efektif (D.0032)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan ASI sudah lancar - ibu mengatakan ASI keluar memancar dari kedua payudara

		<ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan Bayi menyusu kuat - ibu mengatakan bayi BAK lebih dari 8 kali dalam 24 jam - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi dengan teknik yang sudah di ajarkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu nampak menyusui bayi menghadap ke dada - nampak ibu memberikan asi - Tampak bayi menyusu kuat - BB :3.150 gram - IMT : 15,43 <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. monitor keinginan dan tujuan menyusui 1.2. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui 1.3. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhsn ibu
sabtu	Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat sudah kering dan lepas - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi - ibu mengatakan tidak ada kendala dalam perawatab tali pusat <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,5 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
11.00	Defisit Nutrisi Bd Menyusui tidak efektif (D.0032)	<p>S : ibu mengatakan suhu ruangan dingin</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan bayi dapat menghisap ASI dengan kuat tetapi asi belum keluar - ibu mengatakan menyusui bayi menghadap ke dada memberikan asi kepada bayinya tetapi asi belum keluar - Asi belum keluar pada kedua payuda
12.00		

		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu memerah ASI - BB :3.150 gram - IMT : 15,43 <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui 2.2. Identifikasi permasalahan ibu dalam menyusui 2.3. ajarkan teknik menyusui yang sesuai kebutuhan
Evaluasi Keperawatan		
Klien by. 2		
Hari ke-	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<p>hari ke 1 22 juni 2021 11.00</p>	<p>Resiko hipotermi Bd Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan suhu ruangan dingin - ibu mengatakan Bayi meggunkan selimut hanya satu lapis pada bayi - Ibu mengatakan kulit bayi teraba dingin karena lingkungan yang dingin <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,3 <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
<p>12.00</p>	<p>Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142</p>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat masih basah - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,3 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>

<p>hari ke 2 23 juni 2021 11.00</p>	<p>Resiko hipotermi Bd Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan suhu ruangan dingin - ibu mengatakan Bayi menggunkan menggunakan selimut yang tebal untuk menghangatkan tubuh bayi - Ibu mengatakan suhu tubuh bayi terasa hangat <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,4 <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
<p>12.00</p>	<p>Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142</p>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat masih basah - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,3 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
<p>hari ke 3 kamis 24 juni 2021 11.00</p>	<p>Resiko hipotermi Bd Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan suhu ruangan dingin - ibu mengatakan Bayi selalu menghangatkan bayi dengan selimut - Ibu mengatakan suhu tubuh bayi teraba normal <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,3 <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>

12.00	Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat mulai mengering - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi - ibu mengatakan tidak ada demam pada bayi - pasien mengatakan bayi menyusu dengan kuat <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak masih basah - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,3c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
hari ke 4 jumat 25 juni 2021 11.00	Resiko hipotermi Bd Bayi baru lahir (D.0140)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan suhu ruangan dingin - Ibu mengatakan memantau suhu tubuh bayi dengan menggunakan thermometer saat dirumah - Ibu mengatakan selalu memeluk bayi <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,3 <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>
12.00	Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer D.0142	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat mulai mengering - ibu mengatakan tidak ada nanah tidak ada bengkak tidak ada demam - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat nampak mulai mengering - tidak ada tanda tanda infeksi pada

		<p>tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah,</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu tubu bayi 36,3 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
<p>hari ke 5 sabtu 26 juni 2021 11.00</p>	<p>Resiko hipotermi Bd Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan suhu bayi normal - ibu mengatakan Bayi meggunakan selimut yang kering dan tebal - Ibu mengatakan memantau suhu tubuh bayi dengan menggunakn thermometer saat dirumah - Ibu mengatakan selalu memeluk bayi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi menyusu kuat - Nampak bayi tertidur pada pelukan ibu - Reflek menyusu (+) - Tanda tanda vital <p>TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,5</p> <p>A : Masalah resiko hipotertia teratasi P : hentikan intervensi</p>
<p>12.50</p>	<p>Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer</p>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat sudah kering - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat sudah kering - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,6c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>

<p>hari ke 6 minggu 27 juni 2021 11.00</p>	<p>Resiko hipotermi Bd Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu mengatakan suhu ruangan di rumah normal - ibu mengatakan memberi Bayi meggunkan selimut dua lapis - Ibu mengatakan suhu tubuh bayi terasa hangat - Ibu mengtakan bayi menyusui dengan kuat - ibu mengatakan memantau suhu tubuh bayi dengan menggunakan thermometer saat dirumah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi menyusui kuat - Nampak bayi tertidur pada pelukan ibu - Reflek menyusui (+) - Tanda tanda vital TD : Nadi 135x/ menit Rr : 40 suhu : 36,5 - tanda tanda hipotermi tidak di temukan <p>A : Masalah resiko hipotermia teratasi P : hentikan intervensi</p>
<p>11.39</p>	<p>Resiko Infeksi Bd ketidak efektifan pertahanan primer</p>	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan tali pusat sudah lepas - ibu mengatakan sudah memahami perawatan tali pusat pada bayi <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat sudah lepas - tidak ada tanda tanda infeksi pada tali pusat tidak di temukan kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, - suhu tubu bayi 36,5 c - ibu tampak mengerti tentang perawatan tali pusat yang dia ajarkan <p>A : Masalah sudah teratasi P : hentikan intervensi</p>

Interpretasi data

Berdasarkan tabel 4.9 di atas Bahwa pada klien 1 dan klien 2 dilakukan Asuhan keperawatan selama 6 hari, sedangkan pada bayi 1 dan 2 dilakukan

Asuhan keperawatan selama 6 hari. Evaluasi pada klien 1 menunjukkan 5 diagnosa teratasi yaitu Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Cedera Fisik, Menyusui tidak efektif Berhubungan dengan, Ansietas Berhubungan Dengan Perubahan Dalam Status Fungsi Peran, Gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur, Resiko infeksi berhubungan dengan Evaluasi pada klien 2 menunjukkan 3 diagnosa teratasi yaitu Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera, Menyusui efektif berhubungan dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan Pada By.1 menunjukan 2 diagnosa yang teratasi yaitu resiko hipotermia berhubungan dengan bayi baru lahir, resiko infeksi bd ketidakefektifan pertahanan tubuh primer,dan defisit nutrisi bd ASI tidak lancar

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini Peneliti akan membahas tentang antara teori yang terkait dengan dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 beserta bayi dengan kondisi post partum normal yang dilakukan Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 6 hari yang dilakukan pada klien 1 sejak tanggal 21 Juni 2021 sampai 26 Juni 2021 dan klien 2 Ny. A sejak tanggal 22 Juni 2021 sampai 27 Juni 2021 di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pembahasan Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi , implementasi dan evaluasi. Adapun bahasan tiap bagian sebagai berikut :

1. Pengkajian

Berdasarkan Hasil dari pengkajian didapatkan beberapa data yang ada pada kedua klien. Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada tanggal 21 Juni

2021 sedangkan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 22 Juni 2021 Klien 1 bernama Ny. F usia 28 tahun dan klien 2 Ny.A 27 tahun sedangkan untuk status pendidikan, klien 1 adalah SMA dan klien 2 SMK. Dalam pengkajian data pekerjaan kedua klien berkerja sebagai ibu rumah tangga , kedua klien merupakan post partum multipara.

Berdasarkan kasus peneliti pada klien 1 dan 2 ditemukan adanya masalah nyeri akut yang temukan dengan hasil penelitian yang di kemukakan oleh (Mulati, 2017) bahwa Nyeri akan dirasakan secara berbeda pada setiap ibu post partum karena setiap ibu post partum memiliki kemampuan yang berbeda dalam beradaptasi dengan rasa nyeri. Kemampuan adaptasi tersebut bisa di sebabkan oleh karakteristik ibu post partum penyebab berupa ruptur perineum, involusi uteri, sehingga menimbulkan rasa nyeri. Pada pengkajian data nyeri di ungkapkan dengan PQRST=Provokate atau faktor pencetus timbulnya nyeri, Q kualitas nyeri yang diungkapkan oleh pasien, R lokasi dirasakan nyeri, S tingkat keparahan biasanya menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, sedang, atau berat dan T Timing seberapa sering nyeri dirasakan. Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan alat ukur NRS (Numeric Rating Scale).

Berdasarkan keluhan nyeri yang ungkapkan data yang didapat pada klien 1 Ny. F ditemukan data P: nyeri dirasakan ketika bergerak, Q: nyeri seperti teriris R: nyeri terasa di area perineum, S: skala nyeri 5, T: nyeri bertambah jika bergerak dan hilang timbul, Pada klien 2 Ny. A ditemukan

data P: Klien mengeluh nyeri, Q: Seperti di tusuk-tusuk, R: di 1 jalan lahir
Dan Abdomen S: 4, T: Bertambah jika bergerak dan berkurang jika
beristirahat nyeri terasa hilang timbul.

Pada klien 1 terdapat ruptur pada perineum yang menyebabkan nyeri
pada bagian pemeriksaan fisik genitalia terdapat luka pada perineum.
Sedangkan pada pasien ke 2 tidak di temukan ruptur perineum. Menurut
hasil pengkajian yang dilakukan peneliti nyeri akut yang di alami pada
pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori di buktikan dengan gejala subyektif dan
obyektif yang dirasakan pada pasien ke 1 dan ke 2

Masalah menyusui tidak efektif di alami pada pasien 1 dan tidak
dialami klien 2 sesuai dengan hasil penelitian bahwa untuk mendapatkan
ASI perlu melakukan teknik menyusui yang benar diperlukan bimbingan
dalam menyusui, breast care pada ibu. Pelayanan kesehatan Terutama dari
bidan, perawat perlu melakukan bimbingan pada ibu post partum dan
keluarga yang berpengaruh besar dalam perawatan ibu seperti suami, dan
orang tua. menurut hasil pengkajian yang di lakukan oleh peneliti
menyusui tidak efektif yang di alami, dimana pasien mengalami hambatan
dalam produksi asi. Pada klien 1 data yang di dapatkan berupa data
subyektif dan obyektif. Data subyektif yang di ungkapkan pasien
mengatakan asi belum keluar, pasien mengeluh payudara terasa keras, dan
nyeri saat di tekan, pasien mengatakan ASI tidak keluar sehingga tidak
bisa menyusui bayi nya, pasien mengatakan produksi ASI pada klien 1
tidak adekuat semenjak persalinan pertama. Data obyektif yang di lakukan

saat pengkajian Nampak ASI tidak keluar pada kedua payudara, ASI tidak memancar dan menetes pada payudara Menurut hasil pengkajian yang dilakukan peneliti nyeri akut yang di alami pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori di buktikan dengan gejala subyektif dan obyektif yang dirasakan pada pasien ke 1 dan ke 2

Menyusui Efektif dialami pada pasien ke 2 dan tidak dialami klien 1 merupakan pemberian asi secara langsung dari payudara kepada bayi yang dapat memenuhi kebutuhsn nutrisi. Berdasarkan teori menjelaskan menyusui efektif di tandai dengan bayi melekat pada payudara ibu, ibu mampu memposisikan dengan benar, bayi BAK lebih dari 8 kali dan ibu merasa lebih percaya diri selama proses menyusui. Berdasarkan pengkajian yang di lakukan oleh peneliti didapatkan data pasien mengatakan Bayi menyusu kuat, Bayi menghisap payudara dengan kuat, bayi BAK lebih dari 8 kali dalam 24 jam, ibu mengatakan senang ASI lancar, data obyektif yang ditemukan pada peneliti yaitu selama pengkajian peneliti melihat tampak ibu menyusui bayi dengan benar, tampak ibu memposisikan bayi dengan benar, Asi Menetes dan memancar paa kedua payudara, puting ibu tidak mengalami lecet, bayi melekat pada kedua payudara ibu. Menurut hasil pengkajian yang dilakukan peneliti nyeri akut yang di alami pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori di buktikan dengan gejala subyektif dan obyektif yang dirasakan pada pasien ke 1 dan ke 2.

Ansietas bd Asi tidak lancar di alami pada pasien 1 tetapi tidak dialami pasien 2, berdasarkan pengkajian yang di lakukan peneliti di temukan data bahwa pasien mengatakan cemas dengan kondisinya, klien mengatakan khawatir dengan bayinya pasien nampak bingung karena ASI tidak keluar. ibu yang cemas akan sedikit mengeluarkan ASI dibandingkan ibu yang tidak cemas. Upaya agar ASI tetap lancar yaitu mulai dari keinginan ibu yang kuat untuk memberikan nutrisi terbaik yaitu ASI pada bayi. Berdasarkan pengkajian pada pasien 1 di temukan data data obyektif yang dapat muncul yaitu tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur berdasarkan pengkajian yang di lakukan peneliti di temukan data obyektif klien nampak lemas, klien nampak khawatir, klien nampak gelisah, klien nampak selalau bertanya tentang ASI yang belum keluar.

Keluhan gangguan pola tidur yang dirasakan pada klien 1 dan 2 sesuai dengan hasil penelitian persalinan merupakan proses yang banyak menguras tenaga sehingga ibu membutuhkan istirahat yang cukup banyak yang di lakukan memelihara keseimbangan fisik dan psikologinya, menurut hasil pengkajian yang di lakukan oleh peneliti gangguan pola tidur dirasakan oleh klien 1 dan klien 2 sesuai dengan hasil penelitian dimana pada kedua klien mengalami kelelahan setelah persalinan dengan menegelah tidak ada tidur, menegelah mengantuk, mengatakan lemas, dan tidur terjaga.

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien 1 di dapatkan masalah resiko infeksi pada klien 1 yang tidak di alami pada klien 2, karena di dapatkan data klien mengalami ruptur perineum saat persalinan sedangkan pada klien 2

tidak mengalami ruptur perineum. Ruptur perineum menjadi salah satu penyebab Resiko infeksi karena adanya hecing pada perineum sehingga menyebabkan luka laserasi perineum, karena adanya luka pada perineum menjadi salah satu agen masuknya kuman kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi. Masalah ini dapat diminimalkan atau di cegah dengan perawatan luka pada ruptur perineum dengan teknik aseptik serta nutrisi yang adekuat sehingga tidak menimbulkan terjadinya infeksi pada klien di temukan dalam pemeriksaan genetalia REEDA tidak di temukan tidak ada kemerahan, tidak ada edema, tidak ada pendarahan, tidak ada nanah dan cairan keluar, terlihat luka nampak bersih tida ada tanda tanda infeksi.

Berdasarkan penelitian pada Kasus pada bayi 1 dan bayi 2 ditemukan data bahwa keadaan talipusat bayi masih basah, bayi 1 dan 2 sudah BAK dan BAB saat di lakuakn pengkajian perawatan bayi baru lahir normal setelah 4 jam adalah melakukan perawatan tali pusat.

Berdasarkan teori Pengkajian pada penelitian ini menggunakan format pengkajian Ramona T.Mercer dapat digunakan untuk menjelaskan masalah yang dialami klien post partum dan bagaimana klien berespon terhadap masalah. Pada model pengkajian ini ditempatkan interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi yang tinggal dalam satu lingkungan. Becoming a mother merupakan teori Ramona T.Mercer tentang bagaimana seorang wanita akan menjadi seorang ibu. Untuk pengkajian Ramona T.Mercer pada fase antisipatory, formal, informal dan personal semuanya tepat dibuktikan dengan data, antisipatory : Kedua Klien melakukan ANC

pada pasien 1 ANC dilakukan sebanyak 2 kali dan suami selalu menemaninya untuk periksa, merupakan kehamilan yang diinginkan, formal : pada fase ini kedua klien sudah mampu menyentuh, dan menyusui bayi, meskipun pada klienn 1 produksi ASI tidak ad kuat dan produksi ASI sedikit, informal : dalam perawatan bayi kedua klien saling berkerja sama dengan suami dalam mengurus bayinya yang mendapat dukungan dan bantuan dalam merawat bayi dari keluarga .dalam hal ini Sebagai seorang perawat maka dalam melakukan pengkajian harus menggali lebih dalam mengenai masalah atau keluhan yang sedang dialami oleh klien sehingga dari data hasil pengkajian untuk dapat mengetahui masalah dan tindakan apa yang harus diberikan pada klien.

Menurut asumsi peneliti, selama pengkajian dilaksanakan sesuai dengan teori yang ada. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kenyataan pada pasien 1 dan 2 serta bayi 1 dan bayi 2. Selama dilakukan pengkajian pasien 1 dan 2 kooperatif dalam menyampaikan keluhan yang dirasakan sehingga peneliti mampu memberikan rencana asuhan keperawatan yang akan di berikan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan

(TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan hal tersebut penulis dalam kasus asuhan keperawatan pada klien post partum spontan menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan. Menurut (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016) ada 5 diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien post partum spontan yaitu :Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif b.d Ketidak adekuatan suplai ASI, Ansietas bd , Gangguan Pola Tidur bd Resiko Infeksi bd ruptur perineum.

Diagnosa yang pertama kali ditemukan pada kedua klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik, karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien 1 mengatakan nyeri di perineum dengan terasa seperti teriris diperut bagian bawah tepat dilokasi nyeri seperti teriris-iris, nyeri timbul saat bergerak. Data objektif didapatkan pada kedua klien yaitu klien tampak meringis menahan sakit, berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif seperti mengeluh nyeri, sementara data objektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan kedua yang muncul pada klien 1 namun tidak muncul pada klien 2 adalah Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitosin, Pada klien 1 muncul masalah karena ibu mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit dan pasien nampak belum memahami perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. Masalah menyusui tidak efektif pada klien, saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit dan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. Sementara data objektif didapatkan bayi klien rewel an menangis dalam jam pertama setelah menyusui. Menyusui tidak efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

Diagnosa keperawatan ketiga yang muncul pada klien 2 namun tidak muncul pada klien 1 adalah Menyusui efektif berhubungan dengan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat, Pada klien 2 muncul karena ibu mengatakan pengeluaran ASI keluar memancar dari kedua puting payudara ibu, dan ibu sudah mengetahui mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. Masalah menyusui tidak efektif pada klien, saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit dan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. Sementara data objektif didapatkan bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, ibu mampu memposisikan ibu dengan benar, bayi BAK lebih dari 8 kali dalam 24 jam, ASI menentes dan memancar dari kedua puting payudara

ibu, suplai ASI adekuat, puting tidak lecet (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnose keperawatan keempat yang muncul adalah Ansietas b.d Ancaman konsep Diri D.0080 pada saat pengkajian didapatkan data subyektif dan data obyektif pada pasien. Pasien mengatakan cemas, dan khawatir dengan kondisinya pasien mengatakan khawatir bayinya akan mengalami kekurangan nutrisi. Data obyektif yang di temukan yaitu pasien nampak gelisah, pasien nampak cemas, pasien nampak pola tidur terganggu, pasien nampak denyut nadi meningkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnose keperawatan keempat yang muncul adalah Gangguan pola tidur yang muncul pada kedua Klien pada saat pengkajian didapatkan data subyektif dan data obyektif pada pasien. Data subyektif yang diperoleh klien mengatakan klien sulit tidur, pola tidur berubah dari sebelumnya, pasien mengatakan sering terjaga saat tidur, pasien mengatakn tidur tidak puas, mengeluh lemas dan pusing. Data obyektif yang ditemukan pada kedua pasien yaitu tampak pucat, tamapak lemas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan kelima yang muncul pada kedua Klien pada saat pengkajian didapatkan data subyektif dan data obyektif yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0142 pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada perineum data obyektif yang di temuka pasien nampak wajah menyeringai, terdapat laserasi pada perineum derajat 2 dengan REEDA tidak ada merembes, luka

tidak kotor, dan tidak ada nanah, hasil leukosit diatas normal isme patogenik. Penyebab yang dapat ditemukan berupa Tindakan invasive, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Adapun data yang di peroleh dalam pengkajiaan bayi 1 dan bayi 2 ditemukan masalah keperawatan yang sama yaitu resiko infeksi, sedangkan masalah yang berbeda yaitu resiko defisit ntrisi dan resiko hipovelemia.

Diagnosa yang pertama dalah resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yang di tandai dengan data subyektif Pada bayi 1 dan 2 ibu mengatakan tali pusat masih basah, ibu mengatakan pada bayi sudah ada BAK dan BAK, kedua, ibu mengatakan tali pusat di bungkus dengan kasa, tidak ada demam. Data obyektif yang di temukan slama pengkajian yaitu bayi baru lahir usia 1 hari pada klien 1 berat badan 3.150 gram pada bayi 2 berat badan 3.100 gram tali pusat masih basah, leoukosit pada klien 1 yaitu 13.67 sedangkan pada klien 2 leukosit 14.65, Suhu pada bayi 1 36.6 c sedangkan pada bayi 2 36.2c nadi pada klien 1 yaitu 135x/menit sedangkan pada klien 2 140x/menit. Hal ini sesuai dengan penyebab dan kondisi klinis yang terkait yaitu efek prosedur invasif, peningkatan paparan organisme patogen, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, sedangkan kondisi klinis terkait tindakan invasif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang kedua yang muncul yaitu Resiko defisit nutrisi bd ASI tidak lancar dan didapatkan data bayi tidak mau menyusu di

tegakan pada klien 1 karena di tandai dengan data subyektif yaitu ibu menagtakan ASI belum keluar dan Data Obyektif yang di dapatkan selama pengkajian ASI belum keluar dari kedua payudara, nampak payudara keras, reflek bayi menghisap ada bayi malas menghisap payudara karena ASI tidak keluar berat badan 3.150 gram. Hal ini sesuai standar yaitu resiko penurunan berat badan, berat badan turun 10% di bawah rentang normal, nafsu makan menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul ketiga yaitu resiko hipotermia bd bayi baru lahir dan didapatkan data selama pengkajian yaitu ibu menagtakan bayi terasa kulit dingin, suhu ruangan yang dingin, ibu hanya memberikan 1 selimut yang menyelimuti bayi sedangkan data obyektif yang di dapatkan selama pengkajian yaitu kulit teraba dingin, tanda tanda vital suhu bayi 36,3^c berdasarkan teori perawatan bayi baru lahir bayi suhu norml bayi baru lahir adalah 36,5c hingga 37.5c. Hal ini sesuai standar yaitu resiko menurun, kulit teraba dingin, suhu lingkungan yang dingin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian pada klien 1 didapatkan 5 diagnosa keperawatan dan klien 2 didapatkan 3 diagnosa keperawatan. Pada klien 1 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif, intoleransi aktifitas, dan defisit pengetahuan. Sedangkan pada klien 2 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, resiko infeksi, dan intoleransi aktivitas. Sedangkan untuk diangosa pada bayi klien 1 didapatkan 2 diagnosa yaitu resiko infeksi dan

resiko hipotermi. Sedangkan pada bayi klien 2 didapatkan 1 diagnosa yaitu resiko hipotermi.

Menurut asumsi peneliti Diagnosa keperawatan yang ditegakan telah sesuai dengan teori yang ada. Diagnosa yang ditegakan pasien 1 dan 2 serta pada pasien bayi 1 dan 2 sesuai dengan pengkajian keperawatan yang ada. Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan SDKI dengan tanda mayor dan minor sesuai dengan keluhan yang dirasakan pada pasien 1 dan 2 Dan Bayi 1 Dan 2. yang muncul pada klien tidak berbeda dengan teori yang ada dengan demikian dapat disimpulkan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan actual pada klien 1 dan klien 2 sedangkan pada By. 1 dan By. 2 Diagnosa yang muncul pada klien tidak berbeda dengan teori yang ada dapat disimpulkan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan Actual. masalah yang muncul pada ibu post partum setiap individu berbeda beda, adapun diagnosa yang ditegakan tidak sama setiap pasien kembali lagi dari kondisi klien dan data obyektif yang ada.

3. Intervensi Keperawatan

Hasil analisa data kedua kasus ibu post partum spontan penyusunan intervensi keperawatan menggunakan dengan SIKI, 2018 dan SLKI, 2018 yang digunakan sebagai literatur dalam penyusunan intervensi keperawatan. Dari data Rencana tindakan pada kedua klien masalah keperawatan ditegakkan berdasarkan SDKI SIKI dan SLKI dengan melakukan asuhan keperawatan yang kompherensif..

Perencanaan masalah keperawatan pada pasien 1 dan 2 yaitu nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu klien mengungkapkan rasa nyeri berkurang, keadaan umum baik dan klien tampak rileks, klien mampu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar. pertama tentukan adanya lokasi dan sifat ketidaknyamanan nyeri, tindakan ini dilakukan mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat. Intervensi yang ketiga yaitu ajarkan teknik non farmakologi tindakan ini dilakukan membantu klien rileks dan mengurangi nyeri.

Perencanaan masalah keperawatan menyusui tidak efektif Bd Ketidakadekuatan suplai ASI dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu : klien mengetahui cara perawatan payudara bagi ibu menyusui, ASI belum keluar, Payudara tidak bengkak dan tidak nyeri, bayi mau men dengan intervensi berdasarkan SDKI : Kaji pengetahuan pasien mengenai laktasi dan perawatan payudara dilakukan untuk membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan rencana keperawatan, ajarkan cara merawat payudara dan lakukan brest care dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan mencegah terjadinya bengkak pada payudara, jelaskan mengenai manfaat menyusui dan mengenai gizi waktu menyusui dilakukan untuk memberikan pengetahuan bagi ibu mengenai gizi waktu menyusui, jelaskan cara menyusui yang benar dilakukan untuk mencegah terjadinya asipirasi pada bayi, demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik

Perencanaan masalah keperawatan Menyusui efektif berhubungan dengan dengan Bd Hormon Oksitoksin dan Prolaktin Adekuat dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar, Bak lebih dari 8 kali dalam 24 jam, suplai ASI adekuat, puting tidak lecet Edukasi menyusui I.12393 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Identifikasi tujuan dan keinginan ibu menyusui, Jelaskan manfaat menyusui pada ibu, Ajarkan perawatan payudara pada ibu.

Perencanaan masalah keperawatan Gangguan pola tidur berhubungan dengan memberi asuhan pada bayi dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu Kemampuan beraktivitas, Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan sering terjaga menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun. identifikasi pola aktivitss dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Jelaskan pentingnya melakukan istirahat, Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat misalnya kelelahan

Perencanaan masalah keperawatan Resiko infeksi Perawatan Perineum I.12429 Inspeksi insisi atau robekan jalan lahir, Fasilitasi dalam membersihkan perineum, Pertahankan perineum tetap kering, Berikan posisi nyaman, Berikan pembalut yang menyerap cairan, Ajarkan pasien dan keluarga mengobsevasi tanda abnormal pada perineum Misalnya infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal, Kolaborasi pemberian analgesik.

Intervensi Keperawatan Rencana asuhan pada diagnosa bayi yaitu resiko defisit nutrisi bd ASI tidak lancar dan bayi tidak mau menyusu dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu Intake nutrisi tercukupi, asupan ASI tercukupi, adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan, menunjukkan peningkatan fungsi menghisap dengan intervensi berdasarkan SIKI: Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif dilakukan untuk mengetahui kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara

Rencana asuhan pada diagnosa bayi yaitu resiko infeksi berhubungan dengan tidakadegkuatan pertahanan tubuh primer dengan kriteria hasil yaitu: bayi terbebas dari tanda dan gejala infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal dengan berdasarkan SIKI: monitor tanda dan gejala infeksi dilakukan untuk mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi, tingkatkan intake ASI di lakukan untuk menambah kekebalan tubuh, lakukan perawatan tali pusat secara rutin dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi, ajarkan orangtua tentang perawatan tali pusat setelah mengganti popok dilakukan agar mencegah infeksi pada tali pusat, lakukan imunisasi dilakukan meningkatkan kekebalan tubuh.

Menurut asumsi peneliti dalam penyusunan rencana yang akan dilakukan pada kedua klien tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan dalam penetapan intervensi yang akan dilakukan. Penyusunan perencanaan yang dibutuhkan oleh pasien dalam upaya pemulihan derajat kesehatan pasien dalam penelitian intervensi tindakan keperawatan yang direncanakan sesuai dengan teori yang ada. Tidak ada

tambahan intervensi pada pasien 1 dan 2 dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang ada. Intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan rencana dan keluhan yang dirasakan pada pasien 1 dan 2.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan 2 serta bayinya dilaksanakan dalam waktu berbeda. Pada Klien 1 dan bayi I asuhan atau pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 21 juni 2021 sampai dengan 26 juni 2021. Sedangkan untuk klien 2 dan bayi 2 pelaksanaan tindakan keperawatan dimulai tanggal 22 juni sampai 27 juni 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak dikerjakan seluruhnya oleh peneliti karena peneliti tidak berdinis selama 24 jam. Strategi yang dilaksanakan pada pelaksanaan tindakan keperawatan adalah mendelegasikan kedua responden kepada perawat ruangan dan kepada mahasiswa yang berdinis diruangan tersebut. Secara umum rencana pada masing-masing masalah keperawatan dapat dilakukan dengan optimal.

Implementasi Pada masalah nyeri akut bd agen pencedera fisik pada klien 1 dan nyeri akut bd involusi uteri implementasi yang dilakukan telah dilakukan pada kedua klien, hari pertama peneliti melakukan tindakan lakukan pengkajian nyeri, kaji tipe dan sumber nyeri, ajarkan teknik non farmakologi, anjurkan klien untuk melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, dan memberikan obat analgetik peroral asam mefenamat 500 mg, pada hari kedua peneliti melakukan implementasi yang sama pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi dan tidak ada modifikasi. Masalah nyeri belum

teratasi pada klien 1 dan klien 2 masalah nyeri akut belum teratasi karena klien mengatakan masih ada nyeri yang dirasakan, pada hari ketiga peneliti melakukan pengkajian nyeri dan menganjurkan kepada klien 1 dan 2. pada hari ke 3 peneliti melakukan implementasi yang sama masalah nyeri pada klien 1 dan 2 teratasi sebagian pada hari keempat peneliti melakukan implementasi yang sama klien 1 mengatakan nyeri masih terasa tetapi sudah jauh berkurang pada klien 2 mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan tetapi masih muncul tiba tiba terasa pada perut masalah pada klien 1 dan 2 teratasi sebagian, pada hari ke 5 implementasi di lanjutkan dengan memonitor nyeri dan pemberian analgetik di dapatkan data pasien mengatakan nyeri sudah berkurang pada klien 2 nyeri sudah tidak terasa pada hari ke 6 sesuai dengan intervensi yaitu melakukan pengkajian nyeri peneliti melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yaitu melakukan pengkajian nyeri dan peneliti didapatkan masalah nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 tertasi.

Implementasi yang dapat dilakukan untuk masalah Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara dan payudara membengkak atau ketidakefektifan suplai ASI yang dilakukan oleh peneliti pada hari pertama perawatan yaitu: kaji pengetahuan pasien mengenai laktasi dan perawatan payudara, ajarkan cara merawat payudara dan lakukan cara brest care, Pada saat melakukan implementasi, penulis melakukan tindakan keperawatan yang tidak ada di intervensi keperawatan yaitu pijat oksitosin. Penulis melakukan modifikasi karena pijat oksitosin mampu merangsang hormone prolaktin dan oksitosin sehingga ASI otomatis dapat

lancar. Pada hari kedua peneliti melakukan tindakan memberikan pendidikan kesehatan tentang fisiologi menyusui, ASI eksklusif, keuntungan dan kerugian menyusui serta melakukan demonstrasi dan meninjau ulang teknik-teknik menyusui, mengkaji puting klien dan pada klien 1 masalah teratasi Pada hari ketiga, keempat dan kelima perawatan peneliti melakukan tindakan meninjau ulang klien 2 melakukan perawatan payudara dan lakukan brest care, memperhatikan suami klien saat melakukan pijat oksitosin, dan memperhatikan posisi bayi selama menyusui

Implementasi yang dilakukan pada klien 1 masalah keperawatan Ansietas bd menyusui tidak efektif peneliti pada hari pertama perawatan yaitu sesuai dengan intervensi yaitu mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, memonitor tanda tanda ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, memotivasi klien untuk mengungkapkan permasalahan yang di hadapi, latih teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan pasien relaksai aromaterapi untuk memberikan ketenangan.

Pada hari kedua peneliti melakukan implementasi rencanakan klien sesuai dengan intervensi yaitu kaji tingkat ansietas berikan informasi tentang pijat oksitoksin dan mengajarkan pasien untuk pijat oksitosin dan brest care. pada klien 2 masalah teratasi sebagian dengan klien menunjukkan dapat melakukan perawatan payudara, merangsang puting payudara secara mandiri. Pada hari ketiga memonitor tingkat ansietas, mendengar dengan penuh perhatian. Pada hari ke 3 observasi tingkat ansietas, observasi perasaan klien, klien

mengatakan sudah tidak cemas dan gelisah masalah teratasi dibuktikan dengan pasien merasa tenang tingkat, pasien nampak tenang..

Implementasi yang dapat dilakukan untuk masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal paikologis dan proses persalinan pada kedua klien yang dilakukan oleh peneliti pada hari pertama yaitu memantau umum pasien dan tanda-tanda vital, menjelaskan tidur yang adekuat, menciptakan lingkungan yang nyaman, mengkaji tingkat kelelahan dan kebutuhan istirahat, catat lama persalinan dan jenis kelahiran, berikan informasi tentang kebutuhan tidur atau istirahat setelah kembali kerumah, pada hari kedua perawatan peneliti melakukan implementasi kepada kedua klien sesuai dengan intervensi yaitu pantau keadaan umum pasien tanda-tanda vital,ciptakan lingkungan yang nyaman, kaji faktor-faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat, pada hari ketiga perawatan peneliti melakukan implementasi kepada kedua klien yang sama pada hari kedua, dan teratasi pada hari ketiga karena klien mengatakan sudah tidak lelah serta terbiasa dengan perubahan pola tidur yang terjadi.

Implementasi resiko infeksi bd ruptur perineum yang dapat dilakukan untuk masalah pada klien 1 klien pada hari pertama melakukan monitor tanda-tanda vital, mengkaji daerah perineum dan vulva, mengkaji klien mengenai cara perawatan ibu post partum, melakukan tindakan vulva hygient bagi klien, menganjurkan klien mencuci tangan sebelum memegang daerah vulvanya. Pada hari kedua melakukan monitor tanda-tanda vital, mengkaji daerah perineum dan vulva,dapat lancar. Pada hari kedua peneliti melakukan tindakan

memberikan pendidikan kesehatan tentang fisiologi menyusui, ASI eksklusif, melakukan monitor tanda-tanda vital, mengkaji daerah perineum dan vulva, mengkaji klien mengenai cara perawatan ibu post partum, mengajarkan vulva bagi klien, menganjurkan klien mencuci tangan sebelum memegang daerah vulvanya. Pada hari ketiga, keempat dan hari ke lima peneliti melakukan monitor tanda-tanda vital, mengkaji daerah perineum dan vulva. Pada hari ke enam peneliti melakukan observasi implementasi yang sudah direncanakan dengan masalah teratsi

Implementasi yang dapat dilakukan pada kedua bayi klien dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi. meningkatkan intake ASI, melakukan perawatan tali pusat secara rutin, implementasi sesuai dengan intervensi yaitu berikan informu tentang perawatan diri, personal hygiene, dan perawatan perineal, diskusikan perubahan fisik dan psikologis yang normal dan kebutuhan yang berkanan dengan periode pasca partum.

Implementasi yang dapat dilakukan pada kedua bayi klien dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, meningkatkan intake ASI, melakukan perawatan tali pusat secara rutin. mengajarkan orang tua tentang perawatan tali pusat setelah mengganti popok. melakukan imunisasi. Implementasi keperawatan pada diagnosa resiko infeksi memonitor tanda dan gejala infeksi, meningkatkan intake ASI, melakukan

perawatan tali pusat secara rutin, mengajarkan orangtua tentang perawatan tali pusat setelah mengganti popok, melakukan imunisasi.

Implementasi yang dapat dilakukan dengan masalah keperawatan resiko defisit nutrisi b.d ASI tidak lancar dan bayi tidak mau menyusu pada klien 1 saat hari pertama perawatan mengkaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif, Timbang BB setiap hari, tingkatkan intake ASI, pada hari ke kedua, ketiga, keempat dan kelima peneliti melakukan implementasi sesuai dengan intervensii

Implementasi yang dapat dilakukan dengan masalah keperawatan resiko hipotermia b.d bayi baru yaitu anjurkan melakukan penghangatan pasif lakukan pemantauan thermogulasi, menyusui bayi baru lahir, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi peneliti, implementasi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan teori yang ada. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan tidak ditemukan kesenjangan pada pelaksanaan, implementasi keperawatan dilakukan masing masing pada pasien 1 dan 2 yaitu selama 6 hari sesuai dengan intervensi yang direncanakan pada pasien 1 dan 2. Pada pelaksanaan implementasi keperawatan pasien sangat kooperatif dan melakukan edukasi yang telah di anjurkan oleh peneliti.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan

(YULIDA, 2020). Evaluasi yang dilakukan selama 6 hari perawatan pada kedua klien dan bayinya tidak sama.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan 2 masalah tertasi. Pada klien 1 dari 4 masalah keperawatan teratasi 3 meliputi nyeri akut bd agen pencedera fisik, ansietas bd krisis situasional, Menyusui tidak efektif ditandai dengan klien sudah mengetahui cara menyusui dengan benar, posisi perlekatan pada saat menyusui sudah tepat, tidur bayi 16 jam 24 jam dan frekuensi menyusui bayi <10 kali, Resiko infeksi b.d ruptur perineum, di tandai dengan laserasi tidak ditemukan tanda tanda infeksi di buktikan dengan REEDA yang tidak ada. Sedangkan masalah yang teratasi sebagian adalah gangguan pola tidur bd periode pasca partum ditandai dengan pola tidur pasien nampak belum teratur.

Sedangkan pada bayi masalah yang keperawatan pada bayi 1 dan 2 masalah teratasi meliputi resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan tubuh, defisit nutrisi bd ASI tidak lancar, Resiko hipotermia bd bayi baru lahir.

Menurut peneliti evaluasi keperawatan pada kasus pasien 1 dan 2 serta bayi 1 dan 2 sesuai dengan teori yang ada. Adapun masalah keperawatann yang belum teratasi pada pasien 1 dan 2 yaitu gangguan pola tidur.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan pada pasien post partum spontan di Ruang Flamboyan C RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan post partum spontan yang di dapatkan pada kedua pasien menunjukkan adanya kesamaan. Keluhan yang di rasakan oleh pasien 1 dirasakan juga oleh pasien 2 yaitu Nyeri akut bd agen pencedera fisik, dan gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur sedangkan pada Bayi 1 dan 2 yaitu Resiko hipotermia bd Bayi baru Lahir
2. Diagnosa keperawatan yang sama pada kedua klien tersebut yaitu Nyeri akut bd Agen pencedera fisik dan gangguan pola tidur bd kurang kontrol tidur, perbedaan diagnosa antara dua klien tersebut yaitu Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI, menyusui Efektif bd hormon oksitosin dan prolaktin adekuat, Ansietas bd ASI tidak lancar, Resiko infeksi bd ruptur perineum. sedangkan pada pada bayi 1 dan 2 terdapat masalah yang sama resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan primer, sedangkan masalah berbeda terjadi pada bayi 1 Resiko defisit nutrisi Asi tidak lancar dan pada bayi 2 yaitu Resiko hipotermia bd bayi baru lahir
3. Perencanaan keperawatan yang dilakukan penulis pada pasien post partum spontan meliputi melakukan pengkajian, tindakan mandiri, pendidikan kesehatan dan kolaborasi untuk tindakan lain dan penulis tidak

menemukan masalah yang berarti dalam menentukan perencanaan keperawatan.

4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat, dan penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara intervensi yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan .
5. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 6 hari perawatan oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan menunjukkan bahwa masalah yang teratasi yaitu nyeri akut bd agen pencedera fisik ,menyusui tidak efektif, ansietas bd ASI tidak lancar, menyusui efektif bd peningkatan hormon oksitosin, dan resiko infeksi sedangkan masalah yang tertasi sebagian yaitu gangguan pola tidur di tandai dengan pola tidur pada klien 1 dan 2 tidak teratasi. Sedangkan pada bayi masalah pada bayi 1 dan 2 masalah teratasi meliputi resiko infeksi bd ketidakadekuatan pertahanan primer, defisit nutrisi bd ASI tidak lancar, resiko hipotermia bd bayi baru lahir.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan, penelitian saran bagi peneliti selanjutnya agar dapat memperpanjang waktu perawatan agar hasil yang di dapatkan lebih

optimal pada klien dengan pasien post partum spontan di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021

2. Bagi tempat penelitian

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang Asuhan keperawatan klien dengan post partum spontan di harapkan dapat menjadi bahan informasi bagi perawat maupun pihak rumah sakit untuk dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ibu post partum spontan secara komprehensif serta memacu pada peneliti selanjutnya sehingga menjadi bahan pembanding dalam melakukan penelitian pada pasien dengan post partum spontan.

DAFTAR PUSTAKA

- ambarwati. (2010). *Asuhan Keperawatan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Amanu, M. A. (2015). Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana (KB). *Manajemen Pengembangan Bakat Minat Siswa Di Mts Al-Wathoniyyah Pedurungan Semarang*, 2–3.
- Bobak. (2019). Konsep Post Partum. *Post Partum*, 3(2), 9–16.
<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/126/jtptunimus-gdl-norhimawat-6281-2-babii.pdf>
- Dian Nintya Sari Mustika, siti Nurjanah, yuliana N. setiawati U. (2018). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas. In *Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya*.
- Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2019). Profil Kesehatan 2019. balin: DINAS KESEHATAN KOTA BALIKPAPAN
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Fitriahadi, E., & Utama, I. (2018). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Beserta Daftar Tilik. *Universitas Aisyiyah Yogyakarta*, 1–158.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Penyulit Dan Komplikasi Masa nifas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia Kesehatan Indonesia*. JAKARTA: Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniaarum, A. (2016). ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR. JAKARTA SELATAN: KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Ny, P., Post, F. D., & Spontan, P. (2019). *PENGELOLAAN KESIAPAN MENINGKATKAN PEMBERIAN ASI Oleh : WARIH SUKMA HUMANINGTYAS*.
- martalia. (2012). asuhan kebidanan masa nifas. jakarta.
- Maritalia, D. (2012). Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: 55167.
- Nurliana Mansyur, A. K. (2014). asuhan kebidanan masa nifas. Malang: makara printing plus.
- sunarsih, d. &. (2012). asuhan keperawatan masa nifas. yogyakarta: dewi, sunarsih.
- Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia. (2012). Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia. JAKARTA: Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia.

- YULIDA, Y. (2020, JULI 5). ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS. Retrieved 7 4, 2020, from BUKU: [HTTP://ADA.COM](http://ada.com)
- PutriF, F. A. (2019). *Oleh : POST PARTUM SPONTAN*.
- Turlina, & Wijayanti. (2015). turlina & Wijayanti. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- TIM POKJA SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I). Jakarta. Practice Nurse.
- Zedadra, O., Guerrieri, A., Jouandeau, N., Seridi, H., Fortino, G., Spezzano, G., Pradhan-Salike, I., Raj Pokharel, J., The Commissioner of Law, Freni, G., La Loggia, G., Notaro, V., McGuire, T. J., Sjoquist, D. L., Longley, P., Batty, M., Chin, N., McNulty, J., TVERSK, K. A. A., ... Thesis, A. (2019). asuhan masa nifas. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14.
http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsci-rbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI

LAMPIRAN

ROMAN T.MERCER

PENGAJIAN

A. IDENTITAS

.....
.....

B. ANTISIPATORI

1. Status Kesehatan

2. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Riwayat haid :

Menarche usiatahun, siklus teratur setiap bulan selama.....hari, selama haid jarang merasakan nyeri haid yang hebat : ya/tidak

Bila ya

Riwayat perkawinan : Menikah ke.....saat usia.....tahun

Riwayat KB :

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lahir :

No.	Usia Anak	BB/PB lahir	Sex	Jenis persalinan	penolong	Kondisi
1.harigram/cm A/S.....

Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang : persalinan ini adalah yang,status obstetri G....P....A....hamilminggu. HPHT..... Hasil USG menunjukkan klien hamil aterm. ANC dilakukan ya/tidak, disebanyakkali control.

Pada awalnya ibu berencana untuk melahirkan di puskesmas karena ketuban sudah pecah. Tapi setelah.....jam KPD persalinan tidak majudan puskesmas merujuk klien ke RS.....jam

Hasil pemeriksaan tanggal.....jamwita, TFUcm, DJJ.....x/menit, presentasi, hodge.....,5. Ketuban.....,portio....., blood slim : ya/tidak, his.....mnt/lama.....detik, TTV : TD.....mmHg, nadix/mnt, RR:.....x/mnt, suhu.....pembukaan lengkap jam.....wita, ibu dipimpin meneran dan bayi lahir padawita, spontan : ya/tidak.

Jenis kelamin : laki-laki/ perempuan, BB.....grm, panjang.....cm, Anus : ada/ tidak ada, A/S

Jam :.....plasenta lahir lengkap dengan selaputnya : ya/tidak, klien dilakukan Episiotomi : ya/tidak, TD post partummmHg, Nadi.....x/mnt, RR.....x/mnt, suhu.....keadaan umum baik, kesadaran CM kontraksi uterus, TFU.....jari bawah pusat, pendarahan lebih kurangcc.

3. Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Nutrisi : Diet :, Diet :x/hari dandihabiskan.....pantangan.....

Eliminasi :

Subyektif : pasien mengatakan bias buang air kecil.....,

Nyeri saat berkemih.....

Obyektif : oedema vagina : ya/tidak, distensi kandung kemih : ya/tidak,

Terpasang kateter : ya/tidak

BAB selama MRS lancar /tidak lancar, sehari.....x/hari

Oksigenasi : RR :.....x/mnt, ronchi....., wheezing....., suara nafas....., nafas cuping hidung : ya/tidak

.....

Aktivitas dan istirahat :

Pola tidur :

Klien dapat tidur : ya/tidak, alasan tidak dapat tidur..... Melakukan mobilisasi pada hari.....post partum. Bila belum dapat mobilisasi

.....

4. Dukungan Sosial

Dukungan emosi : suami menemani semenjak control kehamilan : ada/tidak ada, dan selama proses persalinan : ada/tidak ada

Dukungan informasi : ibu mendapat / tidak mendapatkan informasi tentang :

Cara merangsang supaya puting susu dapat menonjol,

Cara memandikan dan merawat tali pusat bayi,

KB

Gizi selama hamil dan nifas, personal hygiene serta manfaat menyusui bagi bayi dan ibu.

Dukungan fisik : yang akan membantu ibu dalam beraktivitas

Dukungan penghargaan : suami/keluarga/teman mendukung dalam proses kelahiran dan nifas : ya/tidak, ibu bahagia dengan kelahiran bayinya :ya/tidak

5. Fungsi Keluarga

Klien sebagai istri dan ibu yang mengasuh anaknya sendiri : ya/tidak. Bila tidak

.....

Suami sebagai kepala rumah tangga dan mencari nafkah utama : ya/tidak. Bila

tidak.....

6. Pengkajian Budaya

Budaya yang dianut selama hamil atau setelah melahirkan.....

7. Stress

Ibu menunjukkan gejala stress : ya/tidak , ibu merasa cemas karena tidak bisa/ tidak dapat menyusui bayinya : ya/tidak. Bila ya.....

8. Pemeriksaan Fisik Ibu

Mata : kongjutiva anemis, sklera ikterik.....

Mamae :puting susu menonjol /terbenam.....

Hiperpigmentasi.....puting lecet/tidak lecet

Hasil palpasi nyeri tekan : ya/tidak, panas : ya/tidak, kolostrum : keluar/tidak keluar.

ASI : keluar /tidak keluar, lancar /tidak lancar

Abdomen :

Inspeksi : kebersihantampak linea nigra : ya/tidak, striae : ya/tidak, bekas luka operasi/bukan : ada/tidak ada. Ibu menggunakan stagen/ gurita : ya/tidak

Auskultasi : bising ususx/mnt

Palpasi : TFUjari bawah pusat, kontraksi uteri : baik/tidak baik teraba diastatis rektus, abominis : panjang.....cm, lebar.....cm d. Genetalia

Inspeksi : Lochea rubra : ya/tidak, bau amis : ya/tidak, bila tidakibu mengatakan ganti pembalutx/hari, varises vagina : ya/tidak. Tanda REEDA pada jahitan episiotomy.....

e. Ekstermitas : oedema : ya/tidak, Hofman sing : ya/tidak dan varises : ya/tidak

Keluhan :.....

C. FORMAL 1. Riwayat persalinan saat ini

Tanggal

Kala I

JamWita :

TD.....mmHg, Nadix/mnt, nafas.....x/mnt, suhu°C.

His setiap 10 menit....kali, lamadtk, DJJ.....x/mnt, pembukaancm, portio....., ketuban....., presentasi, hambatan di jalan

lahir

JamWIB :

TD.....mmHg, Nadi.....x/mnt, suhu°C, His setiap 10 mnt.....kali, lama.....detik, DJJ.....x/mnt.

Pembukaan lengkap, porsio : tipis/lunak/tebal/.....ketuban..... Kala II

JamWita

Pembukaan lengkap, portio tipis/lunak/tebal, kepala janin tampak di perineum, perineum menegang, anus membuka dan ibu meneran. Klien dipimpin meneran saat his terasa, bayi lahir pada pukulWIB, jenis kelamin perempuan,

A/S

Kala III

JamWita

TD.....mmHg, Nadi.....x/mnt, Napasx/mnt, Suhu.....°C, oksitosinIU IM.

Plasenta lahir jamWita lengkap/tidak lengkap dengan selaputnya, bila tidakkontraksi uterusteraba

.....letaknya.....jari bawah pusat. Dilakukan pengecekan perineum dan portio penjahitan luka episiotomy

Kala IV

JamWita

TD.....mmHg, Nadi.....x/mnt, Suhu.....°C,

Kontraksi uterusHPP.....

15 menit I :

15 menit II :

15 menit III :

15 menit IV : 30 menit I :
.....

30 menit II :

2. Bonding dan Attachment Gray skore :

Skore Bonding	Memandang	Berkata	Melakukan Sesuatu
1.Sangat negatif, tidak tepat
2.Agak negatif, tidak tepat
3.Agak positif, agak sesuai
4.Sangat positif, sesuai

3. Pengkajian bayi

Nama : By. Ny.....

Tempat Tgl. Lahir :jamWIB

Umur :.....hari

Jenis kelamin :

Kondisi umum :

Reflek hisap baik/ tidak baik, anak diberikan susu formula ya/tidak, suhu.....^oC,

Nadi.....x/mnt, RR.....x/mnt

Riwayat kelahiran

- BB :.....gram
- Panjang badan :.....cm
- Suhu :.....^oC
- Lingkar kepala :.....cm
- Lingkar dada :.....cm - Masalah dalam proses :
- Kelahiran :
- Lanugo :
- Vermix kaseosa :
- Meconium :.....janin setelah lahir
- Warna tubuh : ekstremitas.....badan

Pemeriksaan Reflek

- Reflek moro :.....
- Reflek menggengam :
- Reflek menghisap :

- Reflek tonik neck lemah :
- Tonus otot/ aktivitas :
- Kekuatan menangis :

Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- Bentuk kepala : bentuksimetris ya/tidak
- Ubun-ubun : fontanel mayormenutup
- Mata : simetris/tidak simetris, mata.....membuka, reflek membuka: baik/tidak baik, sklera mata ikterik : ya/tidak, hiperemi ya/tidak, konjuktiva anemis ya/tidak, udem palpebral : ya/tidak, pergerakan bola mata kesegala arah :
ya/tidak
- Telinga : terdapat rambut lanugo pada daun telinga : ya/tidak, Simetri :ya /tidak, bila dipengang lembut dan keduanya :
bersih/tidak bersih.
- Hidung : septum ada/ tindakan deviasi, polip : ada/ tidak ada kedua hidung : bersih/tidak bersih
- Mulut : reflek menelan dan menghisap :.....
Cyanosis :ya/tidak

b. Punggung

- Keadaan punggung :.....
- Fleksibilitas tulang :.....

Punggung

c. Thorak

- Bentuk dada :
- Jenis pernapasan :
- Frekuensi napas : **d. Abdomen**

- Bentuk abdomen :
- Bising usus : **e. Ekstermitas**

- Jari kaki :
- Jari tangan :

- Pergerakan kaki :
- Pergerakan tangan :
- Garis telapak kaki :
- Warna ekstremitas :
- Posisi ekstremitas :
- **f. Alat Reprod /Genetalia**
- Laki-laki (turunan testi, : ukuran)
- Perempuan (labia min, : may,keluaran)
- g. Fungsi Eliminasi**
- Fungsi miksi :
- Anus :

Diagnosa Medis

Reflek primitif

No	Reflek		
1.	Reflek rooting		
	Reflek sucking		
	Reflek grasping		
	Reflek mono		
	Reflek babinski		

Pengkajian Usia Kematangan Bayi berdasarkan New Ballaru's Score kematangan fisik

	-1	0	1	2	3	4	5
--	----	---	---	---	---	---	---

kulit	lengket transparan	merah transparan	merah mudah ,licin,h alus terlihat	permukaan mengelupas dari ruam vena	daerah pucat retakretak,ven a jarang	retak lebih dalam	seperti kertas, retak-retak mengkerut
lanugo	tidak ada	jarang	banyak	menipis	menghilang	kebanyakan tidak ada	
garis telapak kaki	jarak tumit jari kaki 40-50 mm=1 <40m m= -2	tumit jari kaki >50mm, tidak ada garis	tanda merah sangat sedikit	hanya garis anterior transversa l melintang	beberapa garis di 2/3 anterior	garis-garis ditelapak kaki	
payudara	tidak kelihatan	samarsamar	areola datar, tidak ada tonjolan	areola muncul sedikit,tonjol 12 mm	areola lebih jelas tonjolan 3-4 cm	areola penuh tonjolan 5-10 mm	
mata/ telinga	kelopak mata tertutup longgar, -1 kuat : 2	kelopak mata terbuka, daun telinga datar, masih terlipat	daun telinga sedikit, melengkung, lunak, recoil membalik lambat	bentuk lebih baik,mudah membalik	bentuk sempurna membalik seketika	tulang rawan telinga tebal dan kaku	

genital pria	scrotum datar, lembut	skrotum kosong, rugae/lipatan samarsamar	testis ada diatas kanal, reage jaring.	testis turun ruage cukup	testis turun, ruage bagus	testis menggantung ruage dalam	
genital wanita	klitoris menonjol	klitoris menonjol labia minor kecil	klitoris menonjol, labia minor membesar	tonjolan labia majordan minor sama	labia mayor besar, labia minor kecil	labia mayor menutupi klitoris dan labia minor	

Kematangan Neuromuskuler

	-1	0	1	2	3	4	5
sikap	NA	kedua pergelangan tangan, lengan, panggul dan kedua kaki lurus	kedua pergelangan tangan bengkok dan kedua kaki agak bengkok	kedua bahu panggul dan kedua kaki bengkok tapi tidak sampai 90°	kedua panggul dan kaki bengkok tapi sampai 90°	kedua bahu dan kedua kaki bengkok dan menutupi ke arah badan	NA
sudut siku	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	NA
kelenturan lengan	NA	180°	140-180°	110-140°	90-110°	<90°	NA

sudut popliteal	180°	160°	140°	120°	110°	90°	<90°
tanda selempang	siku lebih garis axilla yang berlawanan	siku sampai garis axilla yang berlawanan	siku sampai garis medklavikula yang berlawanan	siku yang berada digaris tengah tubuh	siku sampai garis axilla	siku sampai garis axilla siku tidak sampai pada garis axilla	
tumit ke telinga	kaki lurus, tumit sampai telinga	kaki lurus jari-jari sampai dagu	lutut agak bengkok. Tumit sampai 140° dari bidang	lutut bengkok tumit sampai 120°	lutut bengkok sampai 90°	lutut bengkok tumit sampai 45° dari	
			datar	dari bidang datar	,tumit sampai 90° dari bidang datar	bidang datar	

Perhitungan kematangan

SKOR	MINGGU
-10	20
-5	22
0	24
5	26

10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Pola Fungsi Kesehatan Bayi

- 1 Nutrisi dan metabolisme :
- 2 Eliminasi :
3. Istirahat dan tidur :
4. Aktivitas dan latihan :
5. Lainnya :

4. Aspek psikososial Ibu

Empati sensitivitas terhadap isyarat bayi : Konsep Diri

- o Identitas diri :
- o Harga diri :
- o Peran :
- o Gambaran diri :
- o Citra tubuh :

Kesesuaian antara harapan dan kenyataan

.....

Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi :

.....

.....

Pengalaman melahirkan :

.....

Kecemasan :

Depresi :

Konflik peran :

..... i. Fleksibilitas

No.	Kegiatan Ibu	Ya	Tidak
1.	apakah ibu menyentuh bayi		
2.	apakah ibu mulai menyusui bayi		
3.	apakah ibu merawat tali pusat bayi		
4.	apakah ibu mengganti popok bayi		
5.	apakah ibu memandikan bayi		
6.	apakah ibu tampak bisa menenangkan bayi		
7.	apakah ibu mulai menggendong bayi		

5. Peran ayah selama dan sesudah kelahiran

D. INFORMAL

Orang yang terlibat dalam perawatan bayi

Peran dalam perawatan bayi

Pengalaman dalam perawatan bayi

E. PERSONAL

Pandangan ibu terhadap perannya :

Pengalaman masa lalu yang mempengaruhi peran ibu :



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN



LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Mardiyana
NIM : P07220118082
PEMIMBING I : Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.Sp.Mat
PEMBIMBING II : Ns. Nurhayati,S.ST,M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1	Kamis, 11 februari 2021 Selasa 26 Januari 2021	Pembimbing I, II, - BAB 1 Latar Belakang Masalah	Pembimbing I - Perbaiki judul sesuai dengan komponen judul - Perbaiki Latar Belakang Masalah Pembimbing II - Perbaiki latar belakang Masalah - Cari benang merah masalah yang diteliti - Perbaiki tujuan umum dan tujuan khusus		
2	Sabtu, 20 februari 2021 Selasa, 16 februari 2021	BAB 1 -Latar Belakang Masalah	Pembimbing I - Perbaiki latar belakang sesuai komponen - Data prevalensi diperbaiki - Peran perawat - Sampak yang diteliti Pembimbing II - Perbaiki latar belakang - Perbaiki pathway - Perbaiki tujuan umum dan tujuan khusus		

3	Minggu 7 Maret 2021	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latar Belakang Masalah - Pathway <p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsep dasar Penyakit 	<p>Pembimbing I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Latar Belakang Masalah - perbaiki tujuan umum dan khusus - Konsep dasar Penyakit <p>Pembimbing II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang masalah di perbaiki - Pathway di ubah 		
4	Jumat 16 April 2021	<p>BAB I, II, III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Latar Belakang Masalah 2) Konsep dasar Penyakit 3) Metodologi Penelitian 	<p>Pembimbing I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Pathway. <p>Pembimbing II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomor halaman di perbaiki - Latar belakang diperbaiki - Pathway di perbaiki - Metodologi Penelitian 		
5	Senin 15 April 2021	<p>BAB II</p>	<p>Pembimbing I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Metodologi Keperawatan Dalam Penelitian 		

6	Juli 2021	BAB 4 Konsul Asuhan Keperawatan Pengkajian pasien 1 dan 2.	Pembimbing I - Perbaiki Riwayat Penyakit Sekarang pasien dan II - pembimbing II - Cari Kesenjangan Antara teori dan pelaksanaan		
7	Selasa 16 Juli 2021	BAB 4 Pembahasan	Pembimbing I - Perbaiki Riwayat Penyakit Sekarang - Perbaiki Data fokus Subjektif Dan Objektif	↙	
8	Jumat 22 Juli 2021	BAB 4 Pembahasan	Pembimbing I - Diagnosa Keperawatan Perlu ditambah Sehal Kelelahan	↙	
9	Senin 26 Juli 2021	BAB 4 - Pembahasan - Abstrak	Pembimbing I - Perbaiki - Abstrak 1. Latar belakang masalah 2. Metodologi penelitian 3. Hasil 4. Kesimpulan 5. Saran	↙	

Ketua Program Studi
D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M. Kep.
NIP. 196803291994022001

