

BAB III
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a) Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Nama	: Ny. N
Usia	: 32 tahun
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan Terakhir	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status Pernikahan	: Menikah
Alamat	: Kp. Batu Numpuk
Diagnosa medis	: P2A0 partus maturus spontan hari ke 1
No rekam medis	: 804420
Tanggal masuk RS	: 6 Mei 2024 Jam 18.30
Tanggal Pengkajian	: 7 Mei 2024 Jam 10.30

2) Identitas Pengangung Jawab

Nama	: Tn. Y
Usia	: 33 tahun
Pendidikan terakhir	: SMP

Pekerjaan : Buruh
Hubungan dengan pasien : Suami
Alamat : Kp. Batu Numpuk

b) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri diarea perut

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dirumah pasien mengatakan keluar cairan berwarna jernih dari jalan lahi, kemudian pasien dibawa ke klinik dan langsung di rujuk ke RSUD Otto Iskandar Dinata. Pasien masuk ke Ruang IGD pada tanggal 6 Mei 2024 pukul 18.30 WIB dengan keluar cairan berwarna jernih dari jalan lahir pada saat di rumah. Pasien diberikan infus RL 500 cc drip oksitosin 5 iu dan Pasien dibawa ke ruang VK pada pukul 19.30.

Pada saat pengkajian pada tanggal 7 Mei 2024 pukul 10.30, pasien mengeluh nyeri diarea perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri jika berubah posisi dan pada saat bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang ketika tidur terlentang, pasien mengatakan skala nyeri 4, nyeri tidak menjalar. Pasien tampak meringis.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, pasien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, DM, asma, penyakit menular seksual dan riwayat operasi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada penyakit keturunan seperti Hipertensi, DM dan Jantung, maupun penyakit menular di keluarga seperti TBC dan Hepatitis.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Thn partus	Umur hamil	Jenis partus	Tempat/penolong	J K	BB L	Masalah				Keadaan anak
							Hamil	Lahir	nifas	Bayi	
1.	2015	37	N	Bidan	P	2.8	-	-	-	-	Hidup
2.	2024	48	N	Bidan	L	3.2	-	-	-	-	Hidup

(2) Riwayat kehamilan saat ini

(a) Trimester 1

Klien mengatakan pertamakali mengetahui usia kandungannya saat 4 minggu. Pada awal kehamilan klien sering mengalami mual, tetapi tidak sampai berkelanjutan. HPHT 8 Agustus 2023.

(b) Trimester 2

Klien mengatakan mual sudah tidak di rasakan. Nafsu makan sangat baik, bahkan sering sekali makan. Klien mengatakan mengonsumsi vitamin dan obat

semasa hamil, yaitu obat penambah darah dan kalsium. Klien mengatakan rutin memeriksakan kandungannya setiap 1 bulan 1x dari usia kandungan 4 bulan. Klien melakukan imunisasi TT 1x sebelum menikah.

(c) Trimester 3

Terdapat perubahan BB dari 65 kg menjadi 80 kg.

Usia kehamilan saat persalinan 37-38 minggu.

Usia kandungan:

Dik: HPHT 8 Agustus 2023

(Tanggal pengkajian-HPHT) x 4 x 1/3)

HPHT

07 05 2024

08 08 2023 -

9 6

= (4x6) + (4x1/3)

=24 + 1,3 (1 minggu 3 hari)

=24 + 1 + 3 + 9

=25 + 3 + 9

=37 minggu = 37 - 38 minggu

Perhitungan Taksiran Partus

HPHT Januari-Maret = tanggal+7, bulan +9

HPHT April-Desember = tanggal +7, bulan -3, tahun
+1

HPHT April – Desember

TP = Tanggal + 7, Bulan – 3, Tahun + 1

= 8 + 7, 8 – 3, 2023 + 1

= 15 5 2024

(3) Riwayat persalinan saat ini

(a) Kala I

Persalinan pada Ny. N kala I berlangsung selama 6 jam. Klien datang ke IGD Ponok RSUD Oto Iskandar Dinata pada tanggal 6 Mei 2024 pada pukul 18.30 dengan keluhan keluar cairan berwarna jernih pukul 17.30 pada saat di rumah. Saat di IGD ponok didapatkan hasil pemeriksaan TD:130/80 N: 88 x/mnt RR: 20 x/mnt, TFU 34 cm, BJA 140 x/mnt. Klien mendapatkan tindakan di IGD dengan pemasangan infus RL infus RL 500 cc drip oksitosin 5 iu. Klien masuk ke ruang VK/ Dahlia pada pukul 19.30.

(b) Kala II

Bayi lahir dengan spontan pada pukul 23.47, jenis kelamin laki-laki dengan BB: 3200 gram, PB: 51 cm, APGAR 1': 6 5': 7. Terdapat luka episiotomi

diperineum. Jumlah perdarahan selama persalinan +- 200 cc.

(c) Kala III

Diberikan oksitosin 10 unit intramural, kontraksi baik. Pada pukul 23.52 plasenta lahir lengkap dengan berat plasenta +- 280 gram.

(d) Kala IV

Observasi pada kala IV selama 2 jam. Observasi dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua.

Jam Ke	Waktu	TD	S	N	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
I	22.00	118/70	36.5	82	Sepusat	Keras	Tidak penuh	Normal
	23.47	120/80	36.5	80	2 jari di bawah pusat	Keras	Tidak penuh	Normal
II	08.00	100/66	36.5	78	2 jari di bawah pusat	Keras	Tidak penuh	Normal
	09.40	100/80	36.2	80	2 jari di bawah pusat	Keras	Tidak penuh	Normal

b) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan pertama kali menstruasi pada umur 12 tahun, siklus menstruasi 28 hari dengan lama menstruasi 6 hari, keluhan yang dirasakan selama menstruasi yaitu nyeri dan kram perut saat hari ke-1 dan 2 menstruasi.

(2) Riwayat keluarga Berencana

Pasien mengatakan pada kelahiran anak pertama sebelumnya pernah menggunakan KB suntik, dan berencana menggunakan pil KB.

(3) Riwayat pernikahan

Klien menikah pada usia 18 tahun dan suami menikah pada usia 19 tahun. Pasien mengatakan menikah pada tahun 2010 dan merupakan pernikahan pertama bagi klien dan suami.

c) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran: compos mentis (E4M6V5)

TTV:

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Suhu : 36.5 °c

Respirasi : 20 x/menit

Antropometri :

TB : 156 cm

BB sebelum hamil : 65 kg

BB setelah hamil : 80 kg

2) Sistem reproduksi

(a) Payudara

Payudara kiri dan kanan simetris, tidak ada pembengkakan, payudara teraba hangat, saat dipalpasi asi belum keluar dan klien mengeluh ngilu, pasien belum menyusui bayinya, puting menonjol dan kotor, areola tampak hitam, belum terdapat pengeluaran colostrum berwarna bening.

(b) Uterus

Kontraksi uterus teraba keras, involusio uterus 1 jari diatas pusat.

(c) Vulva

Terdapat lochea berwarna merah 30 cc, sudah ganti pembalut dan tidak penuh dan terdapat luka episiotomi.

3) Sistem pernapasan

Bentuk hidung simetris, hidung tampak bersih, tidak ada polip, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat sekret, tidak terdapat nyeri tekan pada hidung, pengembangan dada simetris, bentuk dada simetris, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan di kedua lapang paru, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri, saat di perkusi bunyi paru resonan, saat di auskultasi suara napas vesikuler.

4) Sistem kardiovaskuler

Wajah tidak pucat, konjungtiva an anemis, tidak ada peningkatan vena jugularis, suara jantung dullnes saat di perkusi, tidak

terdapat nyeri tekan pada dada, bunyi jantung S1 dan S2 terdengar lub dub. Akral teraba hangat, CRT < 2 detik, homan sign (-), tidak ada varises di ekstremitas, tidak terdapat edema pada ekstremitas.

5) Sistem pencernaan

Mukosa bibir lembab, lidah pasien berwarna putih, gigi pasien tidak lengkap, tidak terdapat stomatitis, bentuk bibir simetris, tidak terdapat caries, tidak terdapat kesulitan menelan, bising usus 12x/menit, tidak terdapat hemoroid dan klien sudah BAB pada pagi hari.

6) Sistem perkemihan

Kandung kemih kosong, tidak ada keluhan saat BAK.

7) Sistem persyarafan

Reflek patela (+), tidak ada gangguan pada fungsi pendengaran, penciuman, pegecapan dan penglihatan serta sensasi, tidak ada kram pada ekstremitas bawah.

8) Sistem endokrin

Tidak terdapat pebesaran kelenjar thyroid dan kelenjar getah bening.

9) Sistem muskuloskeletal

a) Ekstremitas atas

Bentuk simetris antara tangan kanan dan kiri, tidak terdapat lesi dan nyeri tekan, pergerakan ROM bebas, kekuatan otot

tangan kanan dan kiri bernilai 5/5, reflek trisep dan bicep normal (+/+).

b) Ekstremitas bawah

Bentuk kaki simetris, tidak terdapat lesi dan nyeri tekan, tidak terdapat edema, pergerakan ROM bebas, kekuatan otot kaki kanan dan kiri bernilai 4/4.

10) Sistem integumen

Rambut kotor, kulit kepala berminyak dan tampak lepek, tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak terdapat hiperpigmentasi pada area leher, tidak terdapat hiperpigmentasi di area dada, terdapat linea nigra di area perut, striae gravidarum, kulit pasien lengket dan berkeriat.

d) Pola aktivitas

Tabel 3.2 Pola aktivitas

No	Aktivitas	Dirumah	Di rumah sakit
1	Nutrisi a. Makan - Frekuensi - Jenis - Keluhan b. Minum - Jumlah - Jenis	1-3x sehari 1 porsi 1x makan Lauk pauk Tidak ada keluhan 6-8 gelas sehari Air mineral	1-3xsehari 1 porsi 1x makan Lauk pauk Tidak ada keluhan 6-8 gelas sehari Air mineral
2	Elimasi		

	a. BAB - Frekuensi - Warna - Bau - Keluhan	1x sehari Coklat Khas Tidak ada	Dua hari 1x Coklat Khas Tidak ada
	b. BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Keluhan	4-5x sehari Jernih kekuningan Khas Tidak ada	5-6x sehari Jernih kekuningan Khas Tidak ada
3	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Pakaian e. Kuku f. Vulva hygiene	2x sehari 2x sehari 2x seminggu Bersih Bersih Bersih	Hanya diseka 2x sehari Belum keramas Belum gunting kuku Bersih Bersih
4	Istirahat tidur a. Waktu tidur b. Lama tidur/hari c. Keluhan	Malam 4-5 jam Tidak ada	Malam 5-6 jam Tidak ada
5	Aktivitas	Melakukan pekerjaan rumah tangga	Beraktivitas di tempat tidur

e) Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Tabel 3.3 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Interpretasi
Tanggal 6 Mei 2024			
Hemoglobin	12.6	11.7-15.5	Normal
Leukosit	17.300	4000-10000	Tinggi
Hematokrit	38	37-43	Normal
Trombosit	224000	150000- 440000	Normal
Tanggal 7 Mei 2024			
Hemoglobin	10.5	11.7-15.5	Rendah

2) Terapi obat

Selama hamil, pasien mengonsumsi obat penambah darah dan kalsium.

Tabel 3.4 Terapi Obat

No	Terapi	Dosis	Rute	Kegunaan
1.	Cefadroxil	2x1 g	PO	Obat golongan antibiotik untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri.
2.	Nonemi	2x100 mg	PO	Untuk mengobati anemia yang disebabkan oleh defisiensi/ kekurangan vitamin B dan zat besi

3.	Asam mefenamat	3x1 500 mg	PO	Obat analgetik untuk meredakan nyeri.
----	-------------------	------------	----	--

f) Aspek psikososial

1) Pola pikir

Klien mengatakan ini adalah kehamilan yang diharapkan, klien menerima apapun jenis kelamin nya asalkan bayinya sehat, klien mengatakan sudah tahu cara perawatan pada bayi baru lahir karna ini adalah anak keduanya, suami dan ibunya akan membantu untuk merawat bayi di rumah, pasien mengatakan sudah tau keutamaan memberi asi namun belum mengetahui cara menyusui yang benar dan klien masih bingung mengenai KB.

2) Persepsi diri

Pasien mengatakan saat ini ingin segera pulih dan segera pulang dari rumah sakit.

3) Konsep diri

Gaya komunikasi Pasien seorang istri, dan seorang ibu dari 2 anak dan sebagai ibu rumah tangga, Pasien adalah seorang perempuan dengan status marital menikah.

4) Gaya Komunikasi

Arah pembicaraan pasien searah dengan yang ditanyakan, sehari-harinya klien menggunakan bahasa Sunda atau Indonesia.

g) Aspek spiritual

Pasien beragama Islam dan bersyukur kepada Allah atas kelahiran anak keduanya ini.

h) Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa data

No.	Data	Etiologi	Diagnosa
1.	DS: 1. Pasien mengeluh diarea perut 2. Pasien mengatakan skala nyeri 4 3. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 4. Pasien mengatakan nyeri jika berubah posisi dan pada saat bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang ketika tidur terlentang 5. Pasien mengatakan nyeri tidak menjalar DO:	Persalinan spontan ↓ Sistem reproduksi ↓ Uterus ↓ Involusio uterus ↓ Dipersepsikan nyeri ↓ Ketidaknyamanan pasca partum	Ketidaknyamanan pasca partum

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Kontraksi uterus teraba keras 1 jari diatas pusat 3. Terdapat luka episiotomi 4. Nadi : 89x/menit 5. Postpartum hari ke 1 		
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah ganti popok 2 kali 2. Ibu mengatakan belum menyusui bayinya <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat darah pada popok kurang lebih 30 cc 2. Hb:10.5 mg/dl (Rendah) 3. TTV : 4. TD : 110/80 mmhg 5. N : 89x/menit 6. R : 20x/menit 	<p>Persalinan spontan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hormon esterogen dan progesteron menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hormon oksitosin meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Involusi uterus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan inkoneunitas jaringan kulit otot</p>	Risiko perdarahan

	<p>7. Postpartum hari ke 1</p>	<p>dan laserasi pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Ibu belum menyusui</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya produksi hormon oksitosin</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya rangsangan kontraksi uterus</p> <p>↓</p> <p>Risiko perdarahan</p>	
3.	<p>DS:</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri diarea perut</p> <p>DO:</p> <p>1. Terdapat luka episiotomi</p> <p>2. Vulva terlihat kotor</p>	<p>Persalinan spontan</p> <p>↓</p> <p>Perubahan fisiologi</p> <p>↓</p> <p>Vagina dan perineum</p> <p>↓</p> <p>Personal hygiene kurang baik</p>	Risiko infeksi

	<p>3. Terdapat darah pada popok kurang lebih 30 cc</p> <p>4. Leukosit : 17300 (Tinggi)</p> <p>5. Postpartum hari ke 1</p>	<p>↓</p> <p>Genetalia kotor</p> <p>↓</p> <p>Risiko infeksi</p>	
4.	<p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan belum menyusui bayinya</p> <p>DO:</p> <p>1. Bayi tidak rawat gabung dengan ibu</p> <p>2. Asi sudah keluar namun sedikit</p> <p>3. Payudara tidak teraba keras dan penuh</p> <p>4. Postpartum hari ke 1</p>	<p>Persalinan spontan</p> <p>↓</p> <p>Perubahan fisiologis ibu post partum</p> <p>↓</p> <p>Estrogen dan progesterone menurun</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan prolactin dan oksitosin</p> <p>↓</p> <p>Pembendungan asi</p> <p>↓</p> <p>Ibu tidak rawat gabung dengan bayi</p> <p>↓</p> <p>Ibu belum menyusui bayinya</p> <p>↓</p> <p>Payudara penuh</p>	Menyusui tidak efektif

		↓ Menyusui tidak efektif	
5.	<p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan masih bingung mengenai KB</p> <p>DO:</p> <p>1. Klien tampak bingung</p>	<p>Persalinan spontan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perubahan fisiologis ibu post partum</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Taking hold</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Letting go</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perubahn peran menjadi orangtua</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurang terpapar informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit Pengetahuan</p>	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidaknyamanan pasca partum b.d Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula d.d Pasien mengeluh nyeri diarea perut, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri jika

- berubah posisi dan pada saat bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang ketika tidur terlentang, pasien mengatakan nyeri tidak menjalar, pasien tampak meringis, uterus teraba keras 1 jari diatas pusat, terdapat luka episiotomi, postpartum hari ke 1
- b. Risiko perdarahan d.d Komplikasi pasca partum
 - c. Menyusui tidak efektif b.d tidak rawat gabung d.d Pasien mengatakan belum menyusui bayinya, bayi tidak rawat gabung dengan ibu, asi sudah keluar namun sedikit, payudara tidak teraba keras dan penuh, postpartum hari ke 1
 - d. Risiko infeksi d.d terdapat luka episiotomi
 - e. Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi d.d pasien mengatakan masih bingung mengenai KB

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh diarea perut 2. Pasien mengatakan skala nyeri 4 3. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 4. Pasien mengatakan nyeri jika berubah 	<p>Status kenyamanan pasca partum</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari 24 jam diharapkan status kenyamanan pasca partum meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Skala menurun dari 4 menjadi 2 3. Meringis menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (doa dan dzikir) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan tanda vital merupakan suatu langkah yang tepat untuk memonitor keadaan dan respon pasien untuk tindakan yang akan dilakukan selanjutnya (Sulityowati dalam Kusuma, 2021). 2. Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk

	<p>posisi dan pada saat bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang ketika tidur terlentang</p> <p>5. Pasien mengatakan nyeri tidak menjalar</p> <p>DO:</p> <p>1. Pasien tampak meringis</p> <p>2. Kontraksi uterus teraba keras 1 jari diatas pusat</p> <p>3. Terdapat luka episiotomi</p> <p>4. Postpartum hari ke 1</p>		<p>Edukasi</p> <p>6. Ajarkan teknik tarik napas dalam untuk mengurangi rasa sakit (demonstrasikan menarik napas selama 2 detik dan hembuskan selama 8 detik)</p> <p>7. Ajarkan doa menghadapi rasa sakit</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8. Pemberian asam mefenamat 3x1 500 mg PO</p>	<p>berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya (Muttaqin dan Sari, 2013)</p> <p>3. Berdoa dan berdzikir dapat menstabilkan kecacauan dan ketegangan dalam tubuh dan memberikan efek penyegaran pada sel otak dan jantung yang dapat dilihat pada perubahan terhadap tanda tanda vital (Al</p>
--	--	--	---	---

				<p>Kahel dalam Rafsanjani, 2021)</p> <p>4. Dengan mengetahui skala nyeri klien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri klien (LeMone, et al., 2015)</p> <p>5. Dengan mengidentifikasi respon nyeri nonverbal klien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien (Anggarini, 2018)</p>
--	--	--	--	---

				<p>6. Untuk membantu klien rileks dan menurunkan stimulus internal (Zakiyah, 2015)</p> <p>7. Mengajarkan pasien melakukan teknik mandiri untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>8. Asam mefenamat merupakan salah satu obat analgetik, yakni bekerja dengan cara menghambat biosintesis prostaglandin yang merupakan mediator</p>
--	--	--	--	---

				<p>nyeri. Mekanisme kerja asam mefenamat melalui penghambatan kerja enzim siklooksigenase yang mengubah asam arakhidonat menjadi endoperoksida. Endoperoksida merupakan prekursor prostaglandin. Sehingga dengan terhambatnya siklooksigenase maka semakin sedikit</p>
--	--	--	--	--

				<p>prostaglandin yang terbentuk dan rasa nyeri yang timbul juga akan berkurang (Wulandari dalam Krisnawati 2022).</p>
2.	<p>Risiko perdarahan d.d komplikasi pasca partum</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah ganti popok 2 kali 2. Ibu mengatakan belum menyusui bayinya <p>DO:</p>	<p>Tingkat pendarahan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontraksi uterus keras 2. Darah kurang dari 500 cc 	<p>Pencegahan perdarahan, perawatan pasca persalinan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor keadaan lochea 3. Monitor kontraksi uterus <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan ibu mengosogkan kandungan kandung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan yang tepat dan pengenalan dini merupakan usaha pencegahan agar tidak terjadi perburukan pada kasus perdarahan postpartum (Simanjuntak, 2020) 2. Involusio uteri adalah proses kembalinya uterus ke kondisi sebelum hamil yang di

	<p>1. Terdapat darah pada popok kurang lebih 30 cc</p> <p>2. Hb:10.5 mg/dl (Rendah)</p> <p>3. TTV : TD : 110/80 mmhg N : 89x/menit R : 20x/menit</p> <p>4. Postpartum hari ke 1</p>		<p>kemih sebelum pemeriksaan</p> <p>5. Berikan masase uterus</p> <p>6. Berikan dukungan menyusui</p> <p>7. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Pemberian obat nonemi 1x1</p>	<p>tandai dengan kontraksi uterus, uterus yang berkontraksi akan terasa keras.</p> <p>3. Mengosongkan kandung kemih membantu agar uterus dapat terasa oleh pemeriksa</p> <p>4. Untuk membantu uterus berkontraksi</p> <p>5. Menyusui dapat merangsang produksinya oksitosin, dimana oksitosin dapat membantu dalam proses involusi uterus</p> <p>6. Mobilisasi dini penting sekali untuk</p>
--	---	--	--	--

				<p>dilakukan pada ibu dalam masa nifas untuk mempercepat proses involusi uteri. Mobilisasi dini bisa memperlancar sirkulasi darah dan mencegah aliran darah terhambat, dengan hambatan tersebut bisa menyebabkan infeksi dan terjadinya thrombosis vena, (Manuaba dalam Yunifitri, 2021).</p> <p>7. Melakukan mobilisasi dini dapat memulihkan kondisi ibu seperti sebelum hamil. Selain</p>
--	--	--	--	--

				<p>itu perubahan yang terjadi pada ibu postpartum jika kontraksi uterus baik maka proses involusi berjalan dengan baik mobilisasi dini dapat mencegah terjadinya perdarahan akibat sirkulasi darah tidak lancar, dengan mobilisasi dapat membuat sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombotis dan tromboemboli dapat dihindarkan</p>
--	--	--	--	--

				<p>(Fefendi dalam Yunifitri, 2021).</p> <p>8. Agar mengetahui bahaya nifas dan dapat melakukan pencegahan sebelum terjadinya perdarahan</p> <p>9. Untuk mengobati anemia yang disebabkan oleh defisiensi/ kekurangan vitamin B dan zat besi</p>
3.	<p>Menyusui tidak efektif b.d tidak rawat gabung</p> <p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan belum menyusui bayinya</p>	<p>Status menyusui</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status menyusui meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p>Edukasi menyusui</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi keinginan ibu untuk menyusui</p> <p>2. Monitor kondisi mammae dan puting</p> <p>Terapeutik</p>	<p>1. Memberikan motivasi agar ibu mau menyusui bayinya</p> <p>2. Kondisi puting yang kotor dapat menjadi factor bayi tidak mau menyusui</p>

	<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi tidak rawat gabung dengan ibu 2. Asi sudah keluar namun sedikit 3. Payudara tidak teraba keras dan penuh 4. Postpartum hari ke 1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan pijat laktasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan klien untuk menyusui bayi ke ruang bayi 5. Jelaskan manfaat pijat laktasi 6. Anjurkan untuk pijat laktasi dirumah 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pemijatan laktasi ini menghasilkan ASI yang lebih meningkat. Pengeluaran ASI ini dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu produksi dan pengeluaran. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin dan sedangkan pengeluaran dipengaruhi oleh hormon oksitosin. Hormon oksitosin akan keluar melalui rangsangan ke putting susu melalui isapan mulut bayi atau melalui
--	--	---	--	--

				<p> pijatan pada tulang belakang ibu bayi, dengan dilakukannya pemijatan ini ibu akan merasa tenang, rileks, meningkatkan ambang rasa nyeri dan mencintai bayinya, sehigga dengan begitu hormon oksitosin keluar dan ASI pun cepat keluar (Sampara, 2019).</p> <p>4. Memfasilitasi ruang laktasi agar ibubisa nyaman menyusui bayinya</p>
--	--	--	--	---

				<p>5. Agar ibu termotivasi dan melakukannya dirumah</p> <p>6. Pijat laktasi tidak membutuhkan biaya banyak sehingga bisa dilakukan mandiri dirumah</p>
4.	<p>Risiko infeksi d.d terdapat luka epsiotomi</p> <p>DS:</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri diarea perut</p> <p>DO:</p> <p>1. Terdapat luka episiotomi</p> <p>2. Vulva terlihat kotor</p>	<p>Tingkat infeksi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Tidak terdapat tanda tanda infeksi pada luka</p>	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Perawatan perineum</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran,bau)</p> <p>2. Monitor tanda tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p>	<p>Memonitor karakteristik luka agar mempersiapkan tindakan yang tepat</p> <p>Tanda infeksi lokal meliputi rubor atau kemerahan, kalor atau panas, dolor atau rasa sakit/nyeri, tumor atau bengkak (disebabkan oleh pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke</p>

	<p>3. Terdapat darah pada popok kurang lebih 30 cc</p> <p>4. Leukosit : 17300 (Tinggi)</p> <p>5. Postpartum hari ke 1</p>		<p>3. Bersihkan area perineum secara teratur</p> <p>4. Berikan pembalut yang menyerap cairan</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan makan makanan tinggi protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Kolaborasi pemberian cefadroxil 2x1 250 mg</p>	<p>jaringanjaringan interstisial) fungsi laesa atau perubahan fungsi/keterbatasan anggota gerak. Sementara itu, tanda infeksi sistemik meliputi demam, malaise, anoreksia, mual, muntah, sakit kepala, dan diare (Price dan Wilson, 1994 dalam Wahit, 2016).</p> <p>Perawatan perineum merupakan upaya untuk memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman setelah melahirkan agar terhindar dari infeksi (Nandia et al., 2021).</p> <p>Pembalut yang dapat menyerap cairan dengan</p>
--	---	--	--	---

				<p>baik memberikan situasi aman dan nyaman selama masa postpartum.</p> <p>Mengonsumsi makanan kaya protein, contohnya daging merah, kacang-kacangan, biji-bijian, ikan laut, daging unggas, telur, susu, dan sebagainya memang bisa membantu mempercepat proses penyembuhan luka (Rusman, 2020)</p> <p>Cefadroksil merupakan obat golongan antibiotik sefalosporin generasi pertama. Antibiotik ini bekerja dengan menghentikan</p>
--	--	--	--	---

				<p>pertumbuhan bakteri. Cefadroxil juga bekerja dengan menghambat pembentukan protein yang membentuk dinding sel bakteri. Obat ini akan merusak ikatan yang menahan dinding sel bakteri untuk membunuh bakteri – bakteri penyebab penyakit. Cefadroxil hanya mengobati infeksi bakteri dan tidak dapat digunakan untuk mengobati infeksi virus. Mekanisme kerja tersebut menjadikan Cefadroxil obat yang memiliki spektrum luas untuk membunuh berbagai</p>
--	--	--	--	---

				macam bakteri, baik bakteri gram positif maupun gram negatif (Handayani, 2020).
5.	<p>Defisit Pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih bingung mengenai KB <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak bingung 	<p>Tingkat Pengetahuan</p> <p>Setelah di lakukan tindakan keorawatan 1x10 menit di harapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan tentang menjelaskan suatu topik meningkat Pertanyaan mengenai 	<p>Edukasi Tentang KB</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan materi (KB) Jadwalkan pendidikan kesehatan Berikan kesempatan untuk bertanya Anjurkan pasien untuk megulangi materi yang diberikan <p>Edukasi</p>	<p>Untuk membantu pasien memahami materi dengan cepat dan dapat dilakukan edukasi secara optimal</p> <p>Materi yang di berikan di sesuaikan Kembali dengan topik yang di tanyakan oleh pasien dan perilaku pasien apa yang kurang tepat agar informasi yang d berikan tepat kepada sasaran</p> <p>Agar edukasi yang kita berikan tidak mengganggu aktivitas pasien seperti istirahat dan</p>

		<p>masalah yang dihadapi menurun</p> <p>3. Persepsi keliru terhadap masalah menurun</p>	<p>6. Jelaskan mengenai KB</p>	<p>diseusikn dengan kesiapan pasien dalam menerima informasi Kembali agar informasi yang di berikan tepat dan dapat di cerna dengan mudah</p> <p>Pemberian kesempatan pasien bertanya bertujuan untuk memberikan informasi sesuai denga napa yang pasien tidak ketahui</p> <p>Untuk mengevaluasi kemampuan pasien dalam penerimaan informasi apakah informasi yang di berikan dapat di pahami</p>
--	--	---	--------------------------------	---

				Untuk memberikan gambaran selanjutnya pada pasien mengenai hal yang dapat memperburuk kondisi akibat
--	--	--	--	--

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi keperawatan

No.	DX	Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	I	7 Mei 2024	10.00 10.30	- Memonitor TTV R: TTV TD: 110/80 S : 36,5 N: 82 x/menit RR: 20 x/ menit - Melakukan pemeriksaan fisik ibu postpartum R : Klien tampak nyaman	S: klien mengatakan nyeri diarea perut, skala 4, klien belum menyusui bayinya O: asi baru keluar sedikit, payudara tidak teraba keras A:	

	III		10.45	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik, frekuensi dan skala nyeri R: klien mengatakan nyeri diarea perut, skala 4, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri bertambah jika berubah posisi dan pada saat bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang ketika tidur terlentang, nyeri tidak menjalar - Memberikan posisi nyaman kepada ibu dengan posisi semi fowler R : Klien mengatakan jika posisi seperti ini nyaman bagi nya - Memonitor kondisi payudara R: puting bersih dan sudah menonjol, tidak ada tanda mastitis pada payudara 	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidaknyamanan pasca partum belum teratasi - Risiko perdarahan belum teratasi - Menyusui tidak efektif belum teratasi - Risiko infeksi teratasi <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
--	-----	--	-------	--	---	--

	II		10.50	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keinginan ibu untuk menyusui R: ibu mengatakan ingin menyusui bayinya namun ASInya hanya sedikit keluar 		
	IV		10.55	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor keadaan lochea (banyak, bau, dan warna) R: darah berwarna merah, bau amis, dan jumlahnya sedikit 30 cc - Memonitor kontraksi uterus R: uterus teraba keras 1 jari diatas pusat 		
	I		11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor karakteristik luka dan tanda infeksi R: terdapat luka episiotomi, tidak ada kemerahan dan tanda infeksi pada luka - Memberikan edukasi menghadapi sakit dengan cara berdoa 		

			11.30	<p>R : Klien mengikuti bimbingan doa oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan ibu untuk BAK <p>R: Klien dapat ke toilet sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengganti pembalut klien <p>R: klien tampak lebih nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan ibu teknik relaksasi non farmakologi tarik nafas dalam apabila terasa nyeri diarea perut <p>R: klien tampak lebih nyaman</p>		
2.	I	7 Mei 2024	14.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV <p>R: TD: 120/80</p> <p>S : 36,5</p> <p>N: 80 x/mnt</p> <p>RR: 21x/mnt</p>	<p>S: Klien mengatakan skala nyeri 2, asi sudah keluar</p> <p>O: teraba kontraksi uterus 1 jari diatas</p>	

			14.05	- Mengidentifikasi karakteristik dan skala nyeri R: klien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala 2	pusat, payudara teraba keras A:	
	II		14.07	- Memonitor keadaan lochea (banyak, bau, dan warna) R: darah berwarna merah, bau amis, dan jumlahnya 50 cc	- Ketidaknyamanan pasca partum teratasi - Risiko perdarahan teratasi	
				- Mengganti pembalut klien R: klien tampak lebih nyaman	- Menyusui tidak efektif teratasi	
	IV		14.10	- Memonitor kontraksi uterus R: uterus teraba keras 2 jari dibawah pusat	- Risiko infeksi teratasi P: lanjutkan intervensi	
				- Memonitor karakteristik luka dan tanda infeksi		
	III		14.12	- Melakukan pijat oksitosin R: klien mengatakan merasa nyaman saat dipijat, dan akan mempraktikkannya saat dirumah		

	I, IV		18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengantarkan ibu ke ruang bayi untuk menyusui bayinya R: asi sudah keluar hanya saja reflek hisap bayinya kurang - Memberikan obat asam mefenamat, cefadroxil R: klien meminum obat sesuai dengan pemberian dosis dan waktu obat 		
	II		19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat nonemi R: klien meminum obat sesuai dengan pemberian dosis dan waktu obat 		
3.	I	8 Mei 2024	14.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV R: TD: 120/80 S : 36,6 	S: klien mengatakan skala nyeri menjadi 1	

				<p>N: 86 x/mnt RR: 20x/mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik dan skala nyeri <p>R: klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang dengan skala nyeri 1</p>	<p>O: payudara teraba keras</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidaknyamanan pasca partum teratasi - Risiko perdarahan teratasi - Menyusui tidak efektif teratasi - Risiko infeksi teratasi - Defisit pengetahuan teratasi <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
	II		14.05	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor keadaan lochea (banyak, bau, dan warna) <p>R: darah berwarna merah, bau amis, dan jumlahnya 50 cc</p>		
	II		14.07	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti pembalut klien <p>R: klien tampak lebih nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kontraksi uterus <p>R: uterus teraba keras 2 jari dibawah pusat</p>		
	III		14.10	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pengeluaran ASI <p>R : Asi sudah keluar</p>		

	IV			- Memonitor karakteristik luka dan tanda infeksi R: kondisi luka baik, tidak terdapat tanda-tanda infeksi		
	V		14.25	- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R :Klien siap menerima informasi yang akan disampaikan		
			14.30	- Menjadwalkan pendidikan kesehatan (Edukasi) R : Edukasi dilakukan pada pukul 14.30		
				- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan (KB) R : Perawat menyediakan media leaflet agar memudahkan klien untuk memahami informasi yang akan disampaikan		

	I, IV		18.00	<ul style="list-style-type: none">- Memberikan kesempatan klien untuk bertanya R : Tidak terdapat pertanyaan yang diajukan oleh klien- Menjelaskan mengenai KB R : Pasien memahami dan berencana menggunakan pil KB- Memberikan obat asam mefenamat, cefadroxil R: klien meminum obat sesuai dengan pemberian dosis dan waktu obat		
--	-------	--	-------	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari terhitung sejak hari selasa 7 Mei 2024 – hari rabu 8 Mei 2024 pada Ny. N berusia 32 tahun P2A0 *postpartum* maturus spontan hari ke 1 di ruang Camelia RSUD Oto Iskandar Dinata maka penulis melakukan pembahasan dengan menggunakan metode pendekatan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis social, dan spiritual yang dimulai dengan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merancang perencanaan/ intervensi, melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan dan melakukan evaluasi.

Pada bab ini penulis akan membahas beberapa kesenjangan yang terjadi antara teori dengan praktik lapangan serta upaa pemecahan masalah yang terdiri dari:

1. Pengkajian

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan ketidaknyamanan pasca partum, risiko perdarahan, menyusui tidak efektif, risiko infeksi dan defisit pengetahuan. Ny. N dilakukan perencanaan keperawatan yang berfokus pada pemantauan nyeri. Pada saat pengkajian, penulis mendapatkan data Ny. N nyeri pada area perut, nyeri dengan skala 4, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri bertambah jika berubah posisi dan pada saat bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang ketika tidur terlentang, dan nyeri tidak menjalar. Hal ini sesuai dengan teori yang ditemukan dalam (Wilujeng dan Hartati, 2018) yang menyatakan bahwa nyeri perut sering terjadi pada ibu postpartum saat persalinan.

Pada saat pengkajian pemeriksaan fisik sistem reproduksi pada payudara teraba lembek, ASI hanya keluar sedikit. Menurut (Prastyoningsih et al., 2021) ASI mulai diproduksi pada hari ke-3 atau ke-4 setelah melahirkan, payudara penuh dengan susu (*comin in*), paada tahap ini apabila ASI banyak dikeluarkan dan payudara akan memproduksi ASI.

Berdasarkan hasil Analisa penulis pada Ny. N ditemukan adanya kesesuaian teori dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan masalah yang di alami pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah penulis mengumpulkan data, penulis membuat analusa data yang dapat membantu untuk menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual, potensial dan beresiko. Adapun diagnosa yang timbul pada Ny. N usia 32 tahun P2A0 *postpartum* maturus spontan hari ke 1 di ruang Camelia RSUD Oto Iskandar Dinata berdasarkan teori diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada asuhan keperawatan yaitu ketidaknyamanan pasca partum, resiko perdarahan, menyusui tidak efektif, resiko infeksi dan defisit pengetahuan. (Wahyuningsih, 2019) terdapat 6 diagnosa yang mungkin muncul yaitu: ketidaknyamanan pasca partum, risiko nfeksi, defisit pengetahuan, konstipasi, menyusui tidak efektif, dan risiko perdarahan. Namun terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan hasil yang didapatkan oleh penulis, yaitu konstipasi berhubungan dengan nyeri perineum, hal ini tidak terjadi pada klien karena klien tidak mengalami keluhan tidak BAB kurang dari 3 kali dalam seminggu.

3. Intervensi Keperawatan

Penyusun rencana asuhan keperawatan Intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa yang muncul untuk mencapai hasil yang diharapkan. Dapat menentukan tujuan serta kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017). Perencanaan ini terdiri dari empat indikator yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, PPNI, 2017).

Dalam perencanaan diagnosa yang pertama yaitu ketidaknyamanan pascapartum berhubungan dengan involusio uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke semula. Perencanaan yang dapat dilakukan pada pasien persalinan spontan adalah tingkat nyeri menurun. Penulis membuat perencanaan sesuai dengan SIKI dengan intervensi utamanya adalah manajemen nyeri berfokus kepada teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi membaca doa pereda nyeri dan dzikir, menurut (Jannah, 2021) dzikir bisa menjadi metode nonfarmakologi berasal dari sisi spiritual untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan waktu melahirkan akibat nyeri persalinan. Kecemasan melahirkan di penelitian ini berkurang selesainya Dzikir, ditandai menggunakan tidak adanya reaksi teriak histeris pada ibu melahirkan. Hal ini bisa memperlancar proses persalinan karena tidak terjadi ketegangan otot sehingga terjadi pelebaran serviks serta mempermudah turunnya kepala bayi. Muallimah (2020) yang menyatakan bahwa skala nyeri sesuai pengukuran pertama sebelum intervensi serta pengukuran kedua sesudah intervensi terdapat berbeda-beda

yang signifikan antara skala nyeri sebelum intervensi menggunakan skala nyeri sesudah intervensi, intervensi dzikir untuk mengurangi nyeri bersalin sangat relevan menggunakan kiprah bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan persalinan menggunakan melihat seluruh aspek yang dimiliki pasien mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, serta spiritual. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi tarik napas dalam, menurut (Ramandaty, 2019) Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, tidak terjadi kesenjangan teori dalam merumuskan intervensi ini dan penulis tidak menemukan hambatan dalam merumuskan perencanaan tindakan pada diagnosa ini

Dalam perencanaan diagnosa yang kedua yaitu risiko perdarahan ditandai dengan komplikasi pasca partum. Menurut PPNI (2017) Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) tingkat perdarahan menurun. Penulis membuat perencanaan sesuai dengan SIKI dengan intervensi utamanya adalah pencegahan perdarahan dan perawatan pasca persalinan .

Dalam perencanaan diagnosa yang ketiga yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung. Penulis membuat perencanaan berdasarkan tujuan dengan tetesan ASI meningkat dan suplai

ASI adekuat. Rencana asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan lakukan dan ajarkan pijat oksitosin. Menurut (Apreliasari & Risnawati, 2020) bahwa memberikan pasien pijat oksitosin dapat membantu pemulihan dan meringankan penderitaan mereka tanpa menggunakan obat-obatan. Tujuan relaksasi adalah untuk membawa tingkat darah epinefrin dan non-epinefrin ke dalam keseimbangan. Selain itu, memijat daerah punggung dapat memicu produksi endorfin. Saat tulang belakang dipijat atau dirangsang, neurotransmitter merangsang modulla oblongata, yang kemudian memberi sinyal hipotalamus hipofisis posterior untuk melepaskan hormon oksitosin, yang menyebabkan payudara mengeluarkan air susu. Pijat di daerah tulang belakang meningkatkan relaksasi dan mengurangi stres, yang mendorong pelepasan hormon oksitosin dan membantu pengeluaran ASI.

Diagnosa keempat yaitu Risiko infeksi ditandai dengan luka episiotomi. Penulis membuat perencanaan berdasarkan tujuan tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka. Pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan perineum. Menurut (Nurrahmaton & Sartika, 2018) perawatan perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan.

Diagnosa kelima yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi . Penulis membuat perencanaan berdasarkan tujuan dengan tingkat pengetahuan. Tingkat pengetahuan dengan melakukan edukasi kesehatan. Menurut (Asniar et al, 2020) edukasi

merupakan aktivitas yang meningkatkan kesadaran pada individu, memberikan individu tersebut pengetahuan tentang kesehatan yang dibutuhkannya untuk memutuskan perilaku atau tindakan kesehatan yang dimiliki oleh individu tersebut.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan penerapan dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahapan pelaksanaan ini dilaksanakan setelah penulis menyelesaikan rencana tindakan yang disusun dan diajukan untuk membantu mencapai tujuan yang diharapkan. Pada tahap ini penulis melaksanakan implementasi asuhan keperawatan Ny. D sesuai dengan perencanaan yang telah disusun terhitung dari hari selasa 7 Mei 2024 – hari rabu 8 Mei 2024.

Setelah dilakukan tindakan penulis kembali melaksanakan perencanaan sesuai dengan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah disusun yang meliputi ketidaknyamanan pasca partum, resiko perdarahan, menyusui tidak efektif dan defisit pengetahuan pada Ny. N, penulis telah melaksanakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan.

Pada diagnosa ketidaknyamanan pasca partum perencanaan keperawatan yang disusun adalah manajemen nyeri. Pelaksanaan yang telah dilakukan selama perawatan 3 x 24 jam adalah mengobservasi tingkat nyeri, memberikan teknik relaksasi non farmakologis nafas dalam dan menganjurkan kepada pasien untuk membaca doa ketika sedang sakit dan

kolaborasi pemberian analgetik. Pelaksanaan keperawatan ini tidak terdapat hambatan ataupun kesulitan dalam melaksanakannya karena pasien dan keluarga pasien mampu mengaplikasikan atas anjuran untuk membaca doa ketika sedang sakit dan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam sehingga pasien mampu mengendalikan tingkat nyeri selama dilakukan perawatan di rumah sakit.

Pada diagnosa risiko perdarahan perencanaan keperawatan yang disusun adalah pencegahan pendarahan dan perawatan pasca persalinan. Pelaksanaan yang dilakukan selama perawatan 1 x 12 jam adalah memonitor tanda-tanda pendarahan, memonitor keadaan lochea mulai dari warna jumlah dan bau, memonitor tanda homan, masase fundus uteri sampai kontraksi kuat, mendukung ibu untuk melakukan mobilisasi secara bertahap dan memberikan kenyamanan pada ibu dengan menyeka. Pelaksanaan keperawatan ini tidak terdapat hambatan ataupun kesulitan dalam melaksanakannya.

Pada diagnosa menyusui tidak efektif perencanaan keperawatan yang disusun adalah edukasi menyusui. Pelaksanaan yang dilakukan selama perawatan 3 x 24 jam adalah mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan melibatkan anggota keluarga, melakukan sekaligus mengajarkan perawatan payudara bagi ibu postpartum dengan breast care dan pijat oksitosin. Pelaksanaan keperawatan ini tidak terdapat hambatan ataupun kesulitan dalam melaksanakannya karena pasien pada saat dilakukan tindakan perawatan payudara breast care dan pijat

oksitosin pasien dan keluarga pasien mampu mengikuti arahan yang diberikan sehingga diharapkan pasien bisa melakukan perawatan payudara dan pijat oksitosin dengan benar selama dirumah secara mandiri atau dibantu oleh anggota keluarga terutama oleh suaminya dengan tujuan produksi ASI bisa mencukupi kebutuhan nutrisi bayinya.

Pada diagnosa risiko infeksi perencanaan keperawatan yang disusun adalah pencegahan infeksi dan perawatan perineum. Pelaksanaan yang dilakukan selama perawatan 3 x 24 jam adalah memonitor tanda dan gejala infeksi pada luka jahitan episiotomi, menjelaskan tanda dan gejala jika mengalami infeksi pada area luka jahitan episiotomi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, melakukan perawatan perineum dan kolaborasi pemberian obat cefadroxil 2x1 mg PO. Pelaksanaan keperawatan ini tidak terdapat hambatan ataupun kesulitan dalam melaksanakannya karena pasien mampu mengikuti arahan yang dianjurkan oleh perawat pada saat dilakukan perawatan perineum.

Pada diagnosa deficit pengetahuan perencanaan keperawatan yang disusun adalah edukasi kesehatan tentang KB. Pelaksanaan yang dilakukan selama perawatan 1x10 menit adalah mendukung ibu untuk meningkatkan pengetahuan mengenai KB. Pelaksanaan keperawatan ini tidak terdapat hambatan ataupun kesulitan dalam melaksanakannya karena pasien memahami materi yang disampaikan sehingga diharapkan pasien dapat memilih KB sesuai yang diinginkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan tindakan keperawatan, maka penulis melakukan evaluasi keperawatan untuk melihat perkembangan yang dialami pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

Setelah dilakukan tindakan maka penulis kembali meuliskan evaluasi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosa pada Ny. N. Untuk mengatasi masalah keperawatan ketidaknyamanan pasca partumdengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun ditandai dengan pasien mengatakan keluhan nyeri menurun dengan skala pada rentang 1-3 atau nyeri ringan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diperoleh hasil pasien mengatakan keluhan nyeri menurun dan pasien tidak tampak meringis kesakitan ketika melakukan pergerakan. Dari hasil tersebut masalah teratasi, perencanaan keperawatan dilanjutkan ketika timbul nyeri karena adanya luka jahitan episiotomi pada area perineum dengan melanjutkan pemberian terpi obat asam mefenamat 3x500 mg (PO) sesuai dengan resep dokter, menganjurkan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam dan mengaplikasikan anjuran membaca doa ketika sedang sakit.

Untuk mengatasi masalah keperawatan risiko perdarahan dengan kriteria hasil tingkat perdarahan menurun ditandai dengan keluarnya darah tidak melebihi 500 cc. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam diperoleh hasil pasien tidak terjadi perdarahan, TFU 1 jari diatas pusat dan kontraksi uterus teraba keras. Dari hasil tersebut masalah teratasi, pada dasarnya setelah melahirkan ibu memasuki keadaan masa nifas yang

berlangsung selama 40 hari maka akan timbul keluarnya darah dari jalan lahir namun hal ini sangat umum terjadi atau dikenal dengan lochea.

Untuk mengetahui masalah keperawatan menyusui tidak efektif dengan kriteria hasil status menyusui meningkat ditandai dengan pasien bisa memberikan ASI sesuai dengan kebutuhan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diperoleh hasil pasien mengatakan bisa memberikan ASI dengan baik sesuai dengan kebutuhan nutrisi bayi tentunya dengan teknik menyusui yang telah diajarkan. Dari hasil tersebut masalah teratasi, perencanaan keperawatan dilanjutkan terutama jika ketika selama perawatan dirumah pasien diharapkan bisa melakukan perawatan payudara atau breast care dan bisa melakukan pijat oksitosin secara mandiri.

Untuk mengatasi masalah keperawatan risiko infeksi dengan kriteria hasil tingkat infeksi menurun ditandai dengan tidak timbulnya gejala infeksi seperti tidak ada kemerahan (redness), tidak ada edema, tidak ada bercak perdarahan (ecchymosis), tidak ada pengeluaran cairan (discharge) pada area luka jahitan episiotomi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diperoleh tidak ditemukannya tanda-tanda infeksi dan luka pada perineum membaik, dari hasil tersebut masalah teratasi.

Untuk mengatasi masalah keperawatan defisit pengetahuan dengan kriteria hasil tingkat pengetahuan meningkat ditandai dengan klien memahami terkait materi yang diberikan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x10 menit diperoleh klien mengetahui pengertian KB, dapat

menyebutkan manfaat KB dan dapat menyebutkan jenis metode alat kontrasepsi, dari hasil tersebut masalah teratasi.