

Lampiran 1. Surat Kesiediaan Membimbing

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns.Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN : 0609067504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Hanifah Dwi Apriyani

NIM : 48901700028

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Post Partum Spontan di Ruang Flamboyan RSUD Ungaran.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Mei 2020

Pembimbing



Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat
NIDN. 0609067504

Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns.Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN : 0609067504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Hanifah Dwi Apriyani

NIM : 48901700028

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Post Partum Spontan di Ruang Flamboyan RSUD Ungaran.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 Maret 2020 sampai dengan 10 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Mei 2020

Pembimbing



Ns.Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat
NIDN. . 0609067504

Lampiran 3. Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020

NAMA MAHASISWA : Hanifah Dwi Apriyani
NIM : 48901700028
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan PostPartum
Spontan di Ruang Flamboyan RSUD Ungaran
PEMBIMBING : Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Senin, 2 maret 2020	Penentuan atau Pengambilan judul	Mencari refrensi dari jurnal-jurnal lebih dulu	
Kamis, 5 maret 2020	Pengkonsulan judul KTI	Mengidentifikasi masalah keperawatannya dulu	
Jumat, 6 maret 2020	Pengkonsulan masalah yang akan diambil	Menggali kemampuan klien terlebih dahulu	
Selasa, 24 maret 2020	Pengkonsulan bab 1 dan Askep	Revisi di bab 1 referensi harus masuk ke mendely	
Kamis, 26 maret 2020	Pengkonsulan bab 1	Ditambah lagi referensinya	

Senin, 30 maret 2020	Pengkonsulan bab 1	Menambahkan data terbaru pada latar belakang	
Senin, 27 april 2020	Pengkonsulan bab 2-5	Revisi untuk bab 2 pada bagian patofisiologi untuk bab 4 revisi pada bagian diagnosa prioritas untuk bab 5 revisi pada bagian kesimpulan	
Jumat, 8 mei 2020	Pengkonsulan bab 1-5	ACC	
Sabtu, 23 mei 2020	Pengkonsulan bab 1-5 sesudah sidang	Pada bab 1 penambahan pengertian apgar score, untuk bab 3 perhitungan HPHT	
Sabtu, 29 agustus 2020	Pengkonsulan bab 1-5 sesudah siding	ACC	

Lampiran 4. Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L
DENGAN POST PARTUM SPONTAN DENGAN ~~EPD~~
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD UNDARAN

10/20
3

DI SUSUN OLEH :
HAMFAH Dwi ARIYANTI
18901200028

PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG 2020.

CELAKA

A. Pengkajian.

1. Identitas.

Nama : Ny. E Pekerjaan : Swasta.
 Umur : 21 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Suku / bangsa : Indonesia
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Alamat : Pagergedog Rt 01/01, Banyuwiru.
 Tanggal Pengkajian : 5 Februari 2020.

Status Obstetrik : G1 P0 A0, uk = 38 minggu.

NO	Tipe Persalinan	BB bayi	Kondisi bayi ketika lahir	Komplikasi neon.	Umur sekarang
	Normal	2700 gr.	normal.	-	1 hari.

Pengkajian Jarak.

Nama : Tn. E
 Umur : 25 tahun
 Jenis Kelamin : laki-laki
 Alamat : Pagergedog Rt 01/01, Banyuwiru.
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Hub. dengan pasien : Suami.
 Pekerjaan : Swasta.

II. keluhan utama.

Klien mengatakan perutnya merasakan kencang-kencang hingga timbul
 Sejar Pukul 02:00 WIB

III Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke IGD RSUD Ungaran tanggal 5 Maret 2020 jam 02.30 WIB. Klien mengeluh Perutnya terasa kencang-kencang. Mual, Klien mengatakan mengeluarkan lendir darah dari jalan lahir.

IV Masalah Kehamilan

Kehamilan G1P0A0, Klien mengatakan saat hamil mengalami mual-muntah yang berlebihan, Nafsu makan menurun.

V Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan pertama kali menstruasi pada usia 13 tahun, siklus menstruasi 28 hari, lama menstruasi 7 hari, darah menstruasi berwarna merah segar, Klien mengatakan selama waktu menstruasi mengalami nyeri pada perut ~~dan~~ di hari pertama menstruasi.
HPTT = 4 Juni 2019.

VI Riwayat KB

Klien mengatakan belum mengikuti KB jenis apapun untuk saat ini, akan tetapi Klien mengatakan ingin mengikuti KB Suntik 3 bulan.

VII Pemeriksaan Fisik (head to toe).

1. Tanda-tanda vital.

TD = 130/70 mmHg.

N = 89 x/menit

S = 36.6°C.

RR = 20 x/menit.

2. Keadaan umum : Composmentis.

3. Kepala : bentuk kepala normal mesocephal.

4. Rambut : Warna hitam, bersih, tidak ada ketombe, dan tidak rontok.

5. Kulit : bersih, turgor kulit normal.

6. Mata : bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

7. Hidung : bersih, tidak ada pembesaran polip, tidak ada sekret.

8. Tenggorok : bersih, tidak ada penumpukan sekumen

9. Jantung : tidak ada pembesaran kelenjar thyroidea dan vena jugularis

10. Payudara : Simetris, tidak ada ketombe dinding dada.

11. Paru-paru : Normal, bunyi vesikuler.

12. Bunyi jantung : Normal, bunyi reguler.

(RELATIF)

h. Abdomen

terdapat stoma, ada linea nigra, keadaan abdomen lembek,
TPU 26 cm, kontraksi keras.

i. Lochia

Mengeluarkan darah dengan konsistensi tebal, berwarna merah kehijauan
terdapat gumpalan darah dan berbau anyir.

j. Perineum

terdapat 2 jahitan pada Perineum, tidak terdapat hemoroid,
terdapat bekas darah.

k. Ekstremitas

o. Keutuhan BAK

klien mengatakan tidak ada masalah dalam BAK, jumlah BAK
sehari 4 kali.

o. Keutuhan BAB

klien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB, klien
BAB 1 hari sekali pada pagi hari.

L. Ekstermitas

o. Varises

terdapat varises di bagian kaki sebelah kiri.

o. Tanda Homan's

klien tidak terdapat tanda Homan's.

o. Klien terpasang infus di tangan sebelah kanan.

VIII. Pengetahuan kebutuhan khusus:

o. Okegenasi

klien mengatakan sering batuk karena sering melakukan aktivitas
~~kerja~~ sederhana seperti menyapu dan mencuci piring.

o. Nutrisi

klien mengatakan selama hamil hanya bisa makan bubur
saja sebanyak 2x dalam sehari, klien tidak bisa memakan
makanan yang padat menggunakan bawang merah, karena
menurut klien jika mencium bau bawang merah maka klien
akan muntah-muntah.

b. Cairan.

Klien mengatakan minum air Putih sebanyak 300 cc/hari, berwarna kuning dan mendapatkan cairan infus RL-20 tpm, dan tidak ada batesan ~~catan~~ Cairan Yang masuk.

c. Eliminasi.

- > Klien mengatakan saat setelah melakukan kegiatan sering mengeluarkan kringat, klien saat berkeinginan akan menga-
tasiya dengan mengurutan AK a maupun lipas angin.
- > Klien mengatakan BAB pada jam 10.00 setelah persalinan.
- > Klien mengatakan tidak BAB sampai sore hari.

d. Kenyamanan.

Pasien mengatakan tidak nyaman setelah Perineum terdapat

2. Jaktan.

IX. Pemeriksaan Fisik bayi (head to toe).

Apgar score	1 menit	5 menit	10 menit.
Detak Jantung	1	1	2
RR	2	2	2
tonus otot	1	1	1
Peta rangrang	1	1	2
warna	1	2	2
Jumlah.	6	7	9.

1. Bayi lahir tanggal /jam : 4 Maret 2020 jam 08.09 WIB.

2. Jenis kelamin : laki - laki

3. Nilai apgar = 6 7 9

4. BB bayi : 2.700 gram 47 cm.

5. karakteristik bayi *

6. lingkas kepala : 33 cm

7. suhu : 36°C.

8. Anus: bercubang. berada di belakang kemaluan.

8 Pemeriksaan Penunjang.

Nama test	Hasil	Satuan	Referensi	metode
Hematologi.				
Darah lengkap				ECLIA
Hemoglobin	13.4	g/dL	11.7-15.5	Flowcytometri
Leukosit	H 14.59	10 ³ /μL	3.5-11	Flowcytometri
Platelet	294	10 ³ /μL	150-450	Flowcytometri
Hematokrit	39.9	%	35-47	Flowcytometri
Eritrosit	5.06	10 ⁶ /μL	3.8-5.2	Flowcytometri
MCV	L 78.9	fL	80-100	Flowcytometri
MCH	26.5	pg	26-34	Flowcytometri
MCHC	33.6	g/dL	32-36	Flowcytometri
Hitung jenis (diff)				ECLIA
Eosinofil	0.3	%	0-3	Flowcytometri
Basofil	0.1	%	0-1	Flowcytometri
Neutrofil	69.9	%	28-70	Flowcytometri
Limfosit	L 22.1	%	25-40	Flowcytometri
Monosit	H 8.1	%	2-8	Flowcytometri

B. Analisa data.

tgl/jam	Data fokus	Problem	etiologi
5/2/20 10.06	DS: klien mengatakan kurang begitu paham tentang Perawatan Payudara. DO: klien tampak menggerakan kepala saat ditanya tentang Perawatan Payudara.	kurang Pengetahuan	kurangnya sumber informasi
5/2/20 10.05	DS: klien mengatakan sulit tidur akibat jantungnya begitu cepet. DO: klien tampak gelisah dan kejang.	gangguan rasa nyaman	ketidakefektifan sumber daya
5/2/20 10.10	DS: klien mengatakan nyeri pada luka jahitan, terdapat 2 jahitan pada Perineum dengan skala nyeri 4. DO: klien tampak menangis dan tidak nyaman P: terasa berdenyut-denyut Q: nyeri ketika melakukan gerakan R: nyeri pada luka jahitan. S: f- T: sering simbul.	Risiko tinggi infeksi	adanya luka insisi perineum

C. Diagnosa keperawatan.

1. kurang pengetahuan 6.9 kurangnya sumber informasi
2. gangguan rasa nyaman 6.9 ketidakefektifan sumber daya
3. Risiko tinggi infeksi 6.9 adanya luka insisi perineum.

D. Intervensi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kurang Pengetahuan b.p kurangnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mengerti tentang cara perawatan payudara dengan kriteria hasil : Pasien tahu tentang perawatan payudara, dan pasien tahu manfaat Perawatan Payudara.	- jelaskan tujuan dan manfaat tentang perawatan payudara - jelaskan manfaat ASI - Ajarkan cara menyusui yang benar.
Bangguan rasa nyaman b.p kendat-adekuatan Sumber daya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Pasien kelidat nyamanan pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil : Pasien lebih tenang, lebih rileks,	- Mengbati tanda-tanda vital - ajarkan teknik non farmakologi - Ciptakan lingkungan yang nyaman.
Risiko tinggi infeksi b.p adanya luka insisi Perineum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Pasien nyeri lebih berkurang dengan kriteria hasil : - Infeksi tidak terjadi - Nyeri - Luka perineum membaik.	- Mengbati tanda-tanda vital - Nyeri - ajarkan cara merawat luka perineum - Kolaborasi

E. Implementasi

tgl/bm	D	Implementasi	Respon
5/2/20 10:30	1-	Jelaskan tujuan dan manfaat tentang Perawatan Payudara	Dr: Klien mengatakan ingin mengetahui ingin mengetahui tentang perawatan payudara Do: Klien tampak memperhatikan.
		Jelaskan manfaat ASI	Dr: Klien mengatakan ingin mengetahui manfaat ASI Do: Klien tampak memperhatikan.
		Ajarkan cara menyusui yang benar	Dr: Klien Mengatakan ingin belajar menyusui yang benar Do: Klien tampak memperhatikan dan yang sedang dilakukan oleh perawat.
10:45.	2.	Mengaji tanda-tanda vital	Dr: Klien bersedia diberikan Pengukuran tanda-tanda vital. Do: TD = 120/80 mmHg N = 89x / Menit. S = 36.1°C RA = 20 x / Menit.
		Ajarkan teknik non farmakologi	Dr: Klien bersedia diajarkan teknik non farmakologi dengan cara latif atau ditalkan dan Relaksasi Do: Klien tampak melakukan tarik nafas dalam dan apa yang dibicarakan oleh perawat.
		Ciptakan lingkungan yang nyaman	Dr: Klien bersedia diberikan ruang yang lebih nyaman Do: Klien tampak senang dan lebih nyaman.

11.00	3.	> Mengkaji tanda-tanda vital	DS: klien bereserta dilakukan tindakan ttu. DO: TD: 130/90 mmHg N: 89 x/menit S: 37.6 °C. R: 20 x/menit
		> Mengkaji nyeri	DS: klien mengatakan bereserta tindakan citra nyeri. DO: Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian jahitan Perineum. P: terasa kerdensat - denget E: Nyeri kenta, meratukan geraban R: nyeri pada luka jahitan S: 3 T: sering timbul.
		> Ajaran cara merawat luka Perineum	DS: klien bereserta diberikan cara merawat luka Perineum dengan menyengat DO: klien tampak memperhatikan.
		> Kolaborasi pemberian antibiotik	DS: klien bereserta diberikan obat antibiotik. DO: klien tampak ^{meminum} menyengat obat.
6/2/20 07.00	1.	> Jelaskan tujuan dan manfaat tentang perawatan Payudara.	DS: Klien mengatakan ingin mengetahui tentang perawatan Payudara. DO: klien tampak memperhatikan dan melakukannya.
		> Jelaskan manfaat ASI	DS: klien mengatakan ingin mengetahui manfaat ASI DO: klien tampak lebih senang dan bertekun memberikan ASI-nya.

		> Ajaran cara menyusui yang benar	DS: klien mengatakan ingin belajar posisi yang benar ketika menyusui DO: klien tampak melafutangnya dengan sangat berhati-hati
07:15	2	> mengkaji tanda-tanda vital	DS: klien beres-tesa dirapatkan pergeseran ttv. DO: TD : 130/90 mmHg N : 82x/menit S : 36.6°C RR : 20x/menit
		> Ajaran teknik non farmakologi	DS: klien beres-tesa diajarkan teknik non farmakologi dengan cara distarasi dan relaksasi DO: klien tampak memeluknya dan terlihat lebih nyaman
		> capaian lingkungan yang nyaman	DS: klien beres-tesa diberikan ruang yg lebih nyaman DO: klien tampak senang dan lebih nyaman.
07:30	3	> mengkaji tanda-tanda vital	DS: klien beres-tesa dirapatkan pemeriksaan ttv DO: TD : 130/90 mmHg N : 82x/menit S : 36.6°C RR : 20x/menit
		> mengkaji nyeri	DS: klien beres-tesa dikasi nyeri DO: klien mengatakan masih terasa nyeri di bagian jahitan Perineum.

			P: kaku berdenyut-denyut Q: nyeri ketika melakukan gerakan R: nyeri pada luka jahitan S: 32. T: hilang timbul
		> Jelaskan cara merawat luka perineum.	Dr: kren beresaja drajarten cara merawat luka perineum Do: kren tambah melakukan apa yang dibantu oleh perawat, mengangin-angikan luka sesering mungkin, Menganti Pembalut setiap menggunakan kamar mandi
		> Kolaborasi pemberian antibiotik	Dr: kren beresaja drajan antibiotik Do: kren tampak meminum obat
7/2/20	1.	Jelaskan tujuan dan manfaat tentang perawatan payudara	Dr: kren mengatakan ingin mengetahui tentang perawatan payudara. Do: kren tampak sudah bisa melakukan secara mandiri
07:15.		> Jelaskan manfaat ASI	Dr: kren mengatakan ingin mengetahui manfaat ASI Do: kren tampak sudah paham dengan manfaat ASI bagi bayinya dan berencana memberikan ASI eksklusif.
		> Jelaskan cara menyusui yang benar	Dr: kren mengatakan ingin belajar cara memposisikan bayi saat menyusui dengan benar Do: kren tampak sudah mahir dan benar dalam memposisikan dan cara menyusui bayinya dengan benar dan masih berhasrat-hati

07:30	2.	> mengkaji tanda-tanda vital. > Ajaran teknik non farmakologi > Oksidasi infus yang nyaman	As: klien beresita dirakutan TTV Do: TD : 130/90 mmHg N : 80x/menit S : 36.6°C RR : 20x/menit. As: klien beresita diajarkan teknik non farmakologi dengan cara diajarkan relaksasi Do: klien sudah bisa melakukan nya secara mandiri. As: klien beresita diberikan ruang yang lebih nyaman Do: klien tampak lebih nyaman
07:45	3.	> mengkaji tanda-tanda vital > mengkaji nyeri > Ajaran cara merawat luka perineum. > kolaborasi pemberian antibiotik	As: klien beresita dirakutan TTV. Do: TD : 130/90 mmHg N : 80x/menit S : 36.6°C RR : 20x/menit. As: klien beresita. Do: klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi dengan skala nyeri setara 1. As: klien beresita diajarkan cara perawatan luka Do: klien telah mampu melakukan apa yang diajarkan perawat secara mandiri As: klien beresita diberi antibiotik Do: klien tampak meminumnya.

2. Evaluasi

Tgl / Jam	Diagnosa	Evaluasi
5/2/20 10.00	kurang pengetahuan b.d kurangnya sumber informasi	S: Klien mengatakan kurang begitu paham tentang perawatan payudara O: Payudara terlihat kotak kurang bersih A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi
	gangguan rasa nyaman b.d ketidakadekuatan sumber daya	S: Klien mengatakan kurang nyaman O: Klien tampak gelisah A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi
	Risiko tinggi infeksi b.d adanya luka (nisi: Parineum)	S: Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan Parineum O: Klien tampak menangis P: terasa berdenyut - denyut A: Nyeri tampak mengganggu gerakan R: Nyeri pada Luka Jahitan S: 4 P: Hentikan intervensi A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi
6/2/20 07:45	kurang pengetahuan b.d kurangnya sumber informasi	S: Klien mengatakan sudah paham dan bisa merawat payudara secara mandiri O: Payudara klien terlihat sudah bersih dari yang kemarin A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi
	gangguan rasa nyaman b.d ketidakadekuatan sumber daya	S: Klien mengatakan sudah nyaman O: Klien terlihat lebih rileks A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi

		Perito tinggi; mada 6-8 adanya luka infeksi Peritomeum.	S = Klien mengatakan masih sedikit serasa nyeri pada bagian Jantung Peritomeum P = serasa berdenyut - denyut O = Nyeri bagian membaik gerakan R = Nyeri bagian Jantung S = 2 T = Henti timbul. O = Klien sudah sangat tidak merasakan nyeri TD : 130/70 mmHg N : 83x/menit S : 36.6°C RR : 20x/menit A = Masalah belum teratasi P = (an)catikan intervensi
7/2/20		Kurang pengetahuan b-8 kurangnya sumber	S = Klien mengatakan sudah paham O = Payudara klien tampak bersih A = Masalah teratasi P = lakukan intervensi
08-00		Informasi	
		Bantuan para nyaman b-8 ketidaknyamanan sumber daya	S = Klien mengatakan sudah nyaman O = Klien terlihat lebih rileks A = Masalah teratasi P = lakukan intervensi
		Perito tinggi infeksi b-8 adanya luka infeksi Peritomeum	S = Klien mengatakan sudah tidak nyeri lagi dengan skala nyeri 1 O = Klien tampak lebih nyaman dan sudah tidak ada masalah nyeri lagi A = Masalah teratasi P = Menghentikan intervensi