

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. "R"
POST PARTUM DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II
DENGAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN NYERI
DIRUANG AL-LATIF RSIA SITTI KHADIJAH 1
MAKASSAR**

NURUL WIDYASTUTI

P18010



**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
2021**

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.” R”
POST PARTUM DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II
DENGAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN NYERI
DIRUANG AL-LATIF RSIA SITTI KHADIJAH 1
MAKASSAR**

Karya Tulis Ilmiah Ini Sebagai Persyaratan Menyelesaikan
Program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan
Prodi DIII Keperawatan
Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

NURUL WIDYASTUTI

P18010



**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
2021**

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurul Widyastuti
Nim : P18010
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Universitas Muhammadiyah Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan mengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.


Makassar, 30 Agustus 2021

Yang Membuat Pernyataan

Nurul Widyastuti

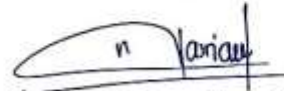
Mengetahui

Pembimbing 1


Sitti Zakriyah Putri, S.ST,S.Kep.M.Kes

NIDN:0918077401

Pembimbing 2


Nasriani, S.Kep. Ns, M.Kes

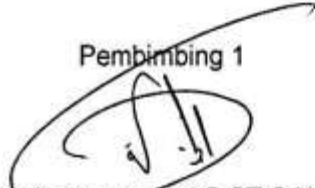
NIDN:0911108604

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Ini oleh Nurul Widyastuti, NIM P18010 dengan judul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan ruptur perineum derajat II dengan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman diruang AL-Latif RSIA SITTI KHADIJAH 1 MAKASSAR " telah dipertahankan di depan penguji Prodi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar, ada tanggal

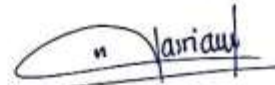
Makassar, 30 Agustus 2021

Pembimbing 1



Siti Zakiyah putri, S. ST, S. Kep, M. Kes
NIDN: 0918077401

Pembimbing 2



Nasriani, S. Kep, Ns, M. Kes
NIDN: 0911108604

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Oleh Nurul Widyastuti dengan judul penerapan asuhan keperawatan dengan ruptur perineum derajat II dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri diruang AL-Latif RSIA Sitti khadijah 1 makassar telah dipertahankan di depan pengujian pada tanggal

Dewan penguji

1. Penguji ketua

Sitti Zakiyyah Putri, S.ST,S.Kep,M.Kes
NIDN : 0918077401



2. Penguji Anggota 1

Sitti Maryam Bachtiar. S.Kep, Ns, M.Kep
NIDN: 0915097603



3. Penguji Anggota 2

Nasriani. S.Kep, Ns, M.Kes
NIDN:0911108604



Mengetahui

Ketua Prodi

Ratna Mahmud, S.Kep, Ns, M.Kes
NBM: 883 575



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur ku panjatkan atas kehadiran Allah SWT, karena atas berkat, dan rahmat dan hidayahnya penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah berjudul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Ruptur Perineum Dengan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Nyeri dirungan AL-Latif DI RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar" sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan studi Prodi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Demikian pula saya ucapkan terima kasih yang tulus, rasa hormat dan penghargaan yang tak terhingga kepada :

1. Bapak Dr. H Gagaring Pagalung, M., Si., Ak., C .A Selaku Ketua BPH Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Bapak Prof. Dr. H Ambo Asse, M.Ag Selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Ibu Ratna Mahmud, S.Kep, Ns, M.Kes Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah.
4. Ibu Sitti Zakiyyah Putri, S.ST, S.Kep, M.Kes Selaku Pembimbing 1 yang telah banyak memberikan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Nasriani, S.Kep, Ns, M.Kes Dan Fitria Hasanuddin, S.KEp, Ns, M.Kes Selaku Pembimbing 2 yang telah banyak memberikan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
6. Ibu Sitti Maryam Bachtiar, S.Kep, Ns, M.Kes selaku penguji Karya Tulis Ilmiah.
7. Kedua orang tua saya Muhamad Rapi Askin SE dan Sarinala yang telah membantu, mendoakan dan memberikan dukungan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

8. Teman-teman seperjuangan yang telah membantu, mendoakan, dan memberikan dukungan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tulisan ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini kemungkinan terdapat kekurangan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun penulis harapkan demi menyempurnakan karya di masa mendatang. Semoga penelitian ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Makassar, 30 Agustus 2021

Penyusun

Nurul Widyastuti

Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. R Post Partum Dengan Ruptur
Perineum Derajat II Dengan Kebutuhan
Rasa Aman Dan Nyaman

Nurul Widyastuti
Tahun 2021
Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar
Sitti Zakiyyah Putri, S, ST S.Kep, M.Kes
Nasriani, S.Kep, Ns, M.Kes

ABSTRAK

Pendahuluan: post partum atau masa nifas disebut juga perineum yang berasal dari kata latin yaitu kaat puer yang berarti bayi dan parous yang berarti melahirkan. post partum atau nifas merupakan masa kritis bagi ibu maupun bayinya maka diperlukan asuhan keperawatan pada ibu nifas. Nyeri Luka perineum akan mengurangi rasa nyeri dengan melakukan beberapa teknik tindakan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu mandi air hangat dan kompres dingin. perawatan pada daerah perineum dilakukan sehubungan menyembuhkan jaringan selama pasca persalinan setiap ibu post partum mempunyai pengalaman mengenai perawatan perineum. Menurut WHO angka kematian ibu pada tahun 2017 sangat tinggi sekitar 295.00 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan

Tujuan: Memperoleh gambaran Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Partum dengan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Metode: rancangan penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil: Pengkajian yang didapatkan skala nyeri 1 setelah dilakukan tindakan keperawatan. Yaitu memberikan teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian analgetik

Kata Kunci: Asuhan keperawatan post partum, kebutuhan rasa aman nyaman nyeri, Ruptur perineum,

*Application of Nursing Care to Patients Mrs. R Post Partum With
Perineal Rupture Grade II With Needs
Sense of Safety and Comfort*

*Nurul Widyastuti
year 2021*

*Diploma III Nursing Study Program
Faculty of Medicine and Health Sciences
University of Muhammadiyah Makassar
Sitti Zakiyah Putri, S.Kep, Ns, M.Kes
Nasriani, S.Kep, Ns, M.Kes*

ABSTRACT

Introduction: *Post partum or puerperium is also called puerperium which comes from the Latin word puer which means baby and parous which means giving birth. Every mother who has experienced labor will feel pain in the perineal area. Pain in the perineum experienced due to vaginal delivery is usually associated with a torn perineum or surgical cutting*

Objective: *To obtain an overview of the application of nursing care to post partum patients with the need for safety and comfort*

Methods: *This writing design is descriptive in the form of a case study with a Nursing Care approach which includes assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation.*

Results: *The study obtained a pain scale of 1 after nursing actions were carried out for 3 days of intervention so that the results of pain were resolved, pain was reduced.*

Keywords: *Post partum nursing care, rupture perineum, safe and comfortable needs*

DAFTAR ISI

SAMPUL LUAR.....	
SAMPUL DALAM.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	vi
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR ARTI LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6

A. Asuhan Keperawatan Dalam Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman	6
B. Konsep Post Partum	30
C. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Post Partum.....	39
BAB III METODE PENULISAN	52
A. Rancangan Studi Kasus	52
B. Subjek studi kasus.....	52
C. Fokus Studi.....	53
D. Definisi operasional	53
E. Instrumen studi kasus	53
F. Metode Pengumpulan Data	54
G. Analisa Dan Pengkajian	55
H. Etika Studi Kasus	55
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	56
A. Hasil Studi Kasus.....	56
B. Pembahasan	65
C. Keterbatasan	74
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	75
A. Kesimpulan.....	76
B. Saran.....	78

DAFTAR PUSTAKA.....	79
---------------------	----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1 komponen pengkajian nyeri jcaho.....	6
Tabel 2 Skala nyeri numerik.....	8
Tabel 3 pengelompokkan skala nyeri.....	9
Tabel 4 CPOT.....	9
Tabel 5 klasifikasi nyeri.....	12
Tabel 6 Definisi Operasional.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Wawancara.....	45
Lampiran 2 Informed Consent.....	50

SINGKATAN DAN ISTILAH

1. AKI : Angka Kematian Ibu
2. ANC : AnteNatal Care
3. ASI : Air Susu Ibu
4. BAB : Buang Air Besar
5. BB : Berat Badan
6. CPOT : Critical Care Pain
7. GCS : Glasgow Coma Scale
8. KB : Keluarga Berencana
9. KEMENKES : Kementerian Kesehatan)
10. N : Nadi
11. NRS : Numerical Rating Scale
12. P : Pernafasan
13. PNC : PostNatal Care
14. S : Suhu
15. SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
16. TD : Tekanan Darah
17. TFU : Tinggi Fundus Uteri
18. TTV : Tanda-tanda vital
19. VAS : Verbal Analog Scale
20. VDS : Verbal Descriptor Scale
21. WHO : World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Post partum atau masa nifas disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *puer* yang berarti bayi dan *parous* yang berarti melahirkan. Masa nifas juga didefinisikan sebagai periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi *ovulasi* kehamilan normal. Post partum atau masa nifas adalah periode mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 (tiga) kali sesuai jadwal yang dilanjutkan, yaitu pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan, pada hari ke-4 sampai dengan hari ke- 28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke- 42 pasca persalinan. (Ambarwati E,R,Diah, W, 2010).

Post natal care atau masa nifas merupakan masa kritis baik bagi ibu maupun bayinya maka diperlukan asuhan keperawatan pada masa nifas., masa nifas dimulai dari sejak 2 jam pertama setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu/42 hari setelah itu. Persalinan merupakan proses yang dialami oleh setiap wanita. Kelahiran seorang anak akan menimbulkan suatu tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga. Bagi seorang ibu, melahirkan

sekaligus juga suatu peristiwa yang berat, penuh dengan tantangan dan kecemasan dan berbagai reaksi ibu setelah melahirkan akan mempengaruhi sikap, tidak bisa tidur, kelelahan fisik yang berlebihan, dan tidak mengetahui apa yang tidak bisa dilakukan atas peranannya yang baru.

Menurut WHO (World Health Organization) angka kematian ibu sangat tinggi. Sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2017. Sebagian besar kematian ini (94%) terjadi di rangkaian sumber daya rendah, dan sebagian besar dapat dicegah. Tingginya angka kematian ibu di beberapa wilayah di dunia mencerminkan ketidaksetaraan dalam akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan menyoroti kesenjangan antara kaya dan miskin. Resiko kematian ibu tertinggi terjadi pada remaja putri dibawah 15 tahun dan komplikasi kehamilan dan persalinan lebih tinggi pada remaja putri usia 10-19 tahun (dibandingkan wanita usia 20-24 tahun)

Wanita meninggal sebagai akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar komplikasi ini berkembang selama kehamilan dan sebagian besar dapat dicegah atau diobati. Komplikasi utama yang menyebabkan 75% dari semua kematian ibu adalah perdarahan hebat (kebanyakan pendarahan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah melahirkan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklampsia dan eklampsia),

komplikasi dari persalinan aborsi yang tidak aman. Sisanya disebabkan oleh atau terkait dengan infeksi seperti malaria atau terkait dengan kondisi kronis seperti penyakit jantung atau diabetes. (WHO, 2019)

Setiap ibu yang telah mengalami proses persalinan akan merasakan nyeri pada daerah perineum. Rasa nyeri pada perineum yang dialami karena melahirkan normal biasanya dikaitkan dengan perineum robek atau digunting dengan pembedahan. Seperti luka lain yang baru diperbaiki, perlu waktu untuk sembuh-sembuhnya biasanya tujuh hingga sepuluh hari. Luka perineum adalah luka yang disebabkan oleh robekan yang tidak disengaja. Nyeri luka perineum menimbulkan dampak yang tidak menyenangkan pada ibu seperti kesakitan dan rasa yang tidak nyaman, rasa takut untuk bergerak sehingga banyak ibu dengan luka perineum jarang bergerak sehingga mengakibatkan timbulnya masalah seperti subinvolusi uterus, Pengeluaran lochea yang tidak lancar, dan pendarahan pasca partum.

Nyeri luka perineum akan mengurangi rasa nyeri dengan melakukan beberapa teknik tindakan untuk mengurangi rasa nyeri pada luka perineum yaitu mandi air hangat, dan kompres dingin. Kompres dingin efektif digunakan untuk mengurangi nyeri yang dialami ibu postpartum.

Perawatan pada daerah perineum dilakukan sehubungan menyembuhkan jaringan selama pasca persalinan setiap ibu post

partum mempunyai pengalaman mengenai perawatan perineum. Terkadang kurangnya pengetahuan ibu post partum tentang perawatan luka episiotomi. Terjadinya infeksi sehingga pengetahuan tentang perawatan luka episiotomi pada ibu post partum sangat penting bagi ibu agar luka dapat sembuh dan tidak terjadi infeksi.

Untuk mengatasi dampak yang timbul maka diperlukannya peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif terhadap ibu nifas yang meliputi pengkajian, perineum, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sehingga dapat mencegah masalah pada ibu nifas yaitu post partum blues, risiko infeksi, stress.

Dan uraian diatas menyimpulkan bahwa post partum dengan masalah kebutuhan rasa aman dan nyaman menjadi hal yang penting untuk diteliti

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Partum dengan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman?

C. Tujuan Studi Kasus

Memperoleh gambaran Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Partum dengan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

1. Masyarakat

- a. Dapat memberikan sumbangan pemikiran atau referensi dalam menerapkan Asuhan Keperawatan dan meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik, khususnya pada ibu post partum.
- b. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang pentingnya Asuhan Keperawatan Post Partum.

2. Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi Profesi Keperawatan pada Ibu Post Partum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Keperawatan dalam Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

1. Pengkajian

a. Pengkajian Skala Nyeri

Pengkajian Skala nyeri perlu dilakukan secara komprehensif. Data yang telah dikumpulkan harus komprehensif dapat menjadi sebagai arahan dalam menentukan kebutuhan manajemen nyeri yang tepat.

Tabel 1 komponen pengkajian nyeri JCAHO

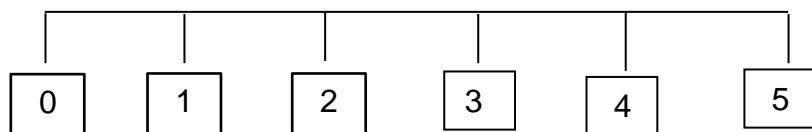
P (provoking incident)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor yang penyebabnya nyeri 2. Faktor yang meringankan : teknik atau keadaan yang dapat menurunkan nyeri 3. Faktor yang memberatkan rasa nyeri : teknik atau keadaan yang dapat meringankan nyeri
Q (quality/quantity)	Deskripsi rasa nyeri yang dirasakan pada seseorang atau karakteristik nyeri
R (region / relief)	Region yang lokasi nyeri, dapat ditunjukkan dengan gambar
S (severity)	Kekuatan dari nyeri dengan menggunakan pengukuran skala nyeri
T (time)	Waktu timbul nyeri, lamanya nyeri yang dirasakan
Penatalaksanaan nyeri saat ini	Tindakan yang digunakan untuk mengontrol rasa nyeri, hasil dan keefektifan
Riwayat penatalaksanaan nyeri sebelumnya	Riwayat tindakan rasa nyeri baik intervensi medis maupun non medis
Dampak nyeri	Perubahan pola hidup seperti tidur, nutrisi dan sebagainya
Tujuan mengontrol nyeri	Harapan tentang tingkat nyeri, toleransi dan pemulihan dan rasa nyeri berkurang

1) Pengukuran Nyeri

a) Skala deskriptif

Skala pendeskripsi verbal (verbal descriptor scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini ranging dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

Gambar 2.1 pengukuran skala deskriptif



Keterangan :

0 : tidak nyeri

1 : minimal

2 : nyeri ringan

3 : nyeri sedang

4 : nyeri berat

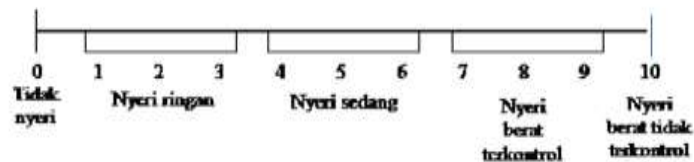
5 : sangat berat

b) Skala penilaian numeric

Numerical rating scale (NRS) menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini sangat efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri

sebelum dan setelah intervensi terapeutik. (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

Gambar 2.2 pengukuran skala nyeri



Keterangan :

Tabel 2 Tingkat nyeri numerik

0	Tidak ada nyeri (merasa normal)
1	Nyeri ringan. Sebagian besar tidak pernah berpikir tentang rasa sakit, seperti gigitan nyamuk
2	Tidak menyenangkan, nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit
3	Bisa toleransi, nyeri sangat terasa, seperti suntikan dari perawat
4	Menyedihkan. Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
5	Sangat menyedihkan. Kuat dalam nyeri yang menusuk, seperti kaki keseleo.
6	Intens. Kuat dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampak mempengaruhi sebagian indra, menyebabkan focus, komunikasi terganggu
7	Sakit intens. Sama seperti skala 6, rasa sakit benar-benar mendominasi indra, tidak mampu berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan diri
8	Sangat mengerikan. Nyeri sangat kuat dan sangat mengganggu sampai sering mengalami perubahan perilaku jika nyeri terjadi
9	Menyiksa tak tertahankan. Nyeri sangat kuat, tidak bisa ditoleransi dengan terapi
10	Nyeri tak terbayangkan dan tak dapat dikatakan. Nyeri sangat berat sampai tidak sadarkan diri

c) Skala analog visual

Visual / verbal analog scale (VAS) merupakan pengukuran derajat nyeri dengan cara menunjuk satu titik pada garis skala nyeri (0-10 cm). satu ujung

menunjukkan tidak nyeri dan ujung lain menunjukkan nyeri hebat, panjang garis mulai dari titik tidak nyeri sampai titik yang ditunjuk menunjukkan besarnya nyeri. Besarannya dalam satuan milimeter, misalnya 10-20-30 mm. tingkat nyeri ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengenal keparahan nyeri. (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)



Tabel 3 pengelompokan tingkat nyeri

Skala nyeri	Grade	Interpretasi
1-3	Nyeri ringan	Nyeri bisa ditoleransi dengan baik / tidak mengganggu aktivitas
4-6	Nyeri sedang	Mengganggu aktivitas fisik
7-9	Nyeri berat	Tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri
10	Nyeri sangat berat	Nyeri sangat hebat dan tidak berkurang dengan terapi obat-obatan pereda nyeri dan tidak dapat melakukan aktivitas.

Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016

d) Critical care pain (CPOT)

Salah satu instrumen untuk mengkaji nyeri pada pasien di perawatan kritis adalah hasil penelitian Gelinas dkk., (2006). Instrumen ini memiliki tingkat validitas yang tinggi untuk mengidentifikasi nyeri.

Tabel 4 Critical Care Pain (CPOT)

Indicator	Deskripsi	Kondisi	Skor
Ekspresi wajah	Tidak ada ketegangan otot	Relaks	0
	Mengerutkan kening, alis dan mata, otot levator berkontraksi	Tegang	1
	Semua gerakan wajah di atas ditambah kelopak mata tertutup erat	menyeringasi	2
Gerakan tubuh	Posisi normal (gerakan tidak ditunjukkan terhadap adanya nyeri atau tidak dibuat untuk tujuan perlindungan)	Tidak ada gerakan, posisi relaks	
	Lambat, gerakan hati-hati, menyentuh / menggosok/memegang daerah nyeri, mencari perhatian melalui gerakan	Melindungi daerah yang sakit	1
	Mencoba untuk duduk, menggerakkan kaki, meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, menolak kehadiran perawat, mencoba turun dari tempat tidur	Gelisah	2
Ketegangan otot	Tidak ada perlawanan, gerakan pasif	Relaks	0
	Resistensi terhadap gerakan pasif	Tegang, kaku	1
Evaluasi kemampuan fleksi dan ekstensi pasif pada ekstremitas atas	Mempunyai resistansi yang kuat terhadap gerakan pasif	Sangat kuat, sangat kaku	2
Kepatuhan dengan ventilator (pasien yang diintubasi)	Alarm tidak diaktifkan, ventilasi mudah	Menoleransi ventilator atau gerakan	0
	Batuk, alarm dapat diaktifkan tetapi dapat berhenti secara spontan	Batuk	1
	Asynchrony : memblokir ventilasi, alarm sering diaktifkan	Melawan ventilator	2

atau	Berbicara dengan suara normal atau tidak ada suara	Berbicara dengan suara normal atau tidak ada suara	0
Vokalisasi (pasien yang di ekstubasi)	Mendesah, mengerang	Mendesah, mengerang	1
	Menangis, terisak-isak	Menangis, terisak-isak	2
Rentang nilai			0-8

b. Riwayat nyeri

Saat melakukan pengkajian nyeri, perawat harus memberikan pasien kesempatan untuk mengatakan pola pikir mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan cara atau kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami arti nyeri pada pasien, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa bagian, yaitu :

- 1) Awitan dan durasi : perawat memberikan pertanyaan untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Hal-hal yang perlu perawat tanyakan adalah awal mula nyeri mulai terasa, sudah berapa lama nyeri itu mulai dirasa, apakah nyeri yang dirasakan selalu terjadi pada waktu yang sama pada setiap hari, apakah nyeri sering kembali kambuh.
- 2) Tempat : untuk mengetahui tempat nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukkan semua tempat yang dirasa mengganggu. Untuk melokalisasi nyeri dengan lebih spesifik, perawat kemudian meminta klien mencari

lokasi nyeri dan titik yang paling dirasakan nyeri. Hal ini sulit dilakukan apabila nyeri bersifat difus, meliputi beberapa tempat, atau melibatkan segmen terbesar tubuh.

- 3) Keparahan : karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang, atau berat / parah. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut ; skala numeric, skala deskriptif, skala analog visual.
- 4) Kualitas : hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah apakah nyeri yang dirasakan klien sebagai sensasi remuk (crushing), berdenyut (throbbing), tajam, atau tumpul, menusuk (pricking), terbakar, perih, berpindah-pindah, dan sebagainya.
- 5) Pola nyeri : dalam hal ini perawat meminta klien untuk mendeskripsikan aktivitas yang menyebabkan nyeri. Apakah nyeri terjadi setelah melakukan gerakan fisik, minum kopi, atau berkemih. Perawat juga meminta klien mendemonstrasikan aktivitas yang menimbulkan respons nyeri, misalnya batuk atau membalikkan tubuh dengan cara tertentu.

- 6) Tindakan untuk menghilangkan nyeri : hal-hal yang perlu ditanyakan pasien untuk mengurangi nyeri. Apakah dengan mengubah posisi, melakukan tindakan ritual (melangkah, berayun-ayun, menggosok) makan, meditasi atau mengompres bagian yang nyeri dengan kompres dingin dan kompres hangat.
- 7) Gejala penyerta : hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah gejala-gejala penyerta apakah yang sering kali menyertai nyeri, apakah mual, nyeri kepala, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi, dan gelisah.

(Andarmoyo, 2017)

c. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis

Tabel 5 klasifikasi nyeri

Nyeri akut	Nyeri kronis
Adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut Penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) Berlangsung singkat (kurang dari 6 bulan dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak.	Adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri yang disebabkan oleh adanya kausa keganasan seperti kanker yang tidak terkontrol atau non keganasan. Nyeri kronik berlangsung lama (lebih dari 6 bulan) dan akan berlanjut walaupun pasien diberi pengobatan atau penyakit campak sembuh. Karakteristik nyeri kronis adalah area nyeri tidak mudah diidentifikasi, intensitas nyeri biasanya meningkat, sifat nyeri kurang jelas, dan kemungkinan kecil untuk sembuh atau hilang. Nyeri kronis non maligna biasanya dikaitkan dengan nyeri akibat kerusakan jaringan yang non progresif atau telah mengalami penyembuhan.

d. Penanganan nyeri

1) Nyeri farmakologis

a) Analgesic narkotik

Analgesic narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat menimbulkan dampak penurunan nyeri dan kebahagiaan. Obat ini menghidupkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun pemakaian obat ini menimbulkan efek menekan inti

pernapasan di medula batang otak sehingga perlu pengkajian secara bertahap terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesic jenis ini. (Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016)

b) Analgesic non narkotik

Analgesic non narkotik seperti acetaminofen , aspirin, dan ibuprofen selain itu mempunyai efek sebagai anti inflamasi, nyeri dan antipiretik . Obat golongan ini juga dapat menurunkan nyeri dengan menghambat hasil prostaglandin dari jaringan yang mengalami atau inflamasi. Efek samping yang paling sering terjadi adalah gangguan pencernaan seperti perdarahan gaster dan ulkus gaster. (Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016)

2) Non farmakologi

a) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri (potter & perry, 2007)

b) Stimulasi kutaneus placebo

Placebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Placebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa. (Tamsuri, 2007)

c) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami.

e. Efek yang ditimbulkan oleh nyeri

1) Tanda dan gejala

Tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyaman. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat.

2) Efek perilaku

Pasien yang mengalami dapat menunjukkan ekspresi wajah dan berespons secara vocal serta dapat mengalami kerusakan interaksi sosial. Pasien sering,

mengerutkan dahi, meringis, menggigit bibir, imobilisasi, gelisah, dan akan mengalami ketegangan otot melakukan gerakan melindungi bagian-bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, focus pada aktivitas penghilang nyeri dan menghindari kontak sosial

3) Pengaruh Aktivitas sehari-hari

Pasien yang nyeri setiap hari akan kurang mampu dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mengalami kesulitan dalam hygiene normal dan aktivitas sosial dan hubungan seksual. (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

f. Faktor yang dapat mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia adalah bagian terpenting yang dapat mempengaruhi nyeri, terkhusus pada lansia dan anak-anak, Anak kecil yang dapat mempunyai kesulitan dalam menangani nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak juga dapat mengalami kesulitan secara verbal dalam mengekspresikan, dan mengungkapkan nyeri. Pada usia lanjut, memiliki resiko yang sangat tinggi dala mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit dan degeneratif.

2) Jenis kelamin

Kebudayaan akan dapat mempengaruhi jenis kelamin misalnya dengan menganggap bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3) Kebudayaan

Beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang wajar. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

4) Perhatian

Seorang pasien dalam memfokuskan perhatian pada nyeri yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

5) Makna nyeri

Setiap orang mempersepsikan nyerinya yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut dirasakan akan datang ancaman, hukuman, dan tantangan mengungkapkan.

Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara masing-masing individu beradaptasi terhadap nyeri.

6) Ansietas

Ansietas juga dapat meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat memunculkan suatu ansietas. Apabila rasa cemas tidak dapat perhatian akan dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaannya nyeri yang serius.

7) Gaya koping

Seseorang yang mempunyai lokus kendali internal dalam mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang akan dapat mengontrol lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Berbanding terbalik dengan seseorang yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain di dalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir suatu peristiwa.

8) Kelelahan

Kelelahan dapat menimbulkan rasa nyeri semakin intensif akan menurunkan kemampuan koping sehingga dapat meningkatkan rasa persepsi nyeri.

9) Pengalaman

Seseorang dapat belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya namun tidak dapat selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah dimasa mendatang.

10) Keluarga dan sosial

Kehadiran orang terdekat bagaimana respon mereka terhadap klien dapat mempengaruhi sikap nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan banyak memerlukan bantuan, dukungan dan perlindungan walaupun nyeri masih dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan mengurangi kesepian dan ketakutan. (Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016)

g. Respon terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri terdiri dari respon fisiologis, psikologis, dan perilaku yang terjadi setelah merasakan nyeri.

1) Reaksi fisiologis

Impul nyeri naik ke spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi “flight atau fight”, yang

merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ viseral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respon fisiologis nyeri sangat membahayakan. Kecuali pada kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang merasakan nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik. (Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016)

2) Reaksi psikologis

Psikologis sangat berkaitan baik dengan pemahaman seseorang terhadap nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai antibiotic cenderung memiliki suasana hati berduka, sedih, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustrasi. (Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016)

3) Respon perilaku

Rasa nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah seseorang yang mengekresikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien

sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respon tersebut seperti : mengerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara. (Wahyudi dan Abd.Wahid, 2016)

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI (2016), keperawatan yang muncul berhubungan dengan gangguan. rasa Nyaman nyeri adalah :

a. Gangguan rasa nyaman

1) Definisi : perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

2) Penyebab :

a) Gejala penyakit

b) Kurang pengendalian situasional atau lingkungan

c) Ketidakadekuatan sumber daya

d) Kurangnya privasi

e) Gangguan stimulus lingkungan

f) Efek samping terapi

g) Gangguan adaptasi kehamilan

3) Gejala dan tanda mayor :

Subyektif : mengeluh tidak nyaman

Obyektif : gelisah

4) Gejala dan tanda minor :

Subyektif :

a) Mengeluh sulit tidur

- b) Tidak mampu rileks
- c) Mengeluh kedinginan / kepanasan
- d) Merasa gatal
- e) Mengeluh mual
- f) Mengeluh lelah

Obyektif :

- a) Menunjukkan gejala distress
- b) Tampak meringis atau menangis
- c) Pola eliminasi berubah
- d) Postur tubuh berubah
- e) iritabilitas

b. Ketidaknyamanan pasca partum

- 1) Definisi : Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.
- 2) Penyebab :
 - a) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
 - b) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula
 - c) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI
 - d) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan
 - e) Ketidaktepat posisi duduk

f) Faktor budaya

3) Gejala tanda mayor minor

Subjektif

a) Mengeluh tidak nyaman

Objektif

a) Tampak meringis

b) Terdapat kontraksi uterus

c) Luka perineum

d) Payudara bengkak

e) Tekanan darah meningkat

f) Frekuensi nadi meningkat

g) Berkeringat berlebihan

h) Menagis/merintih

i) Hemorrhoid

c. Nyeri akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

a) Agen pencetus fisiologis

b) Agen pencetus kimiawi

c) Agen pencetus fisik

3) Gejala tanda mayor minor

Subjektif

a) Mengeluh nyeri

Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

f) Tekanan darah meningkat

g) Pola napas berubah proses berpikir tergantung

h) Menarik diri

i) Berfokus pada diri sendiri

j) Diaphoresis

3. Perencanaan / intervensi Keperawatan

a. Gangguan rasa aman dan nyaman

Mengidentifikasi dan merawat pasien untuk meningkatkan rasa nyaman

1) Observasi

a) Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan

b) Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya.

c) Identifikasi masalah emosional dan spiritual

2) Terapeutik

a) Berikan posisi yang nyaman

b) Berikan kompres dingin atau hangat

c) Ciptakan lingkungan yang nyaman

d) Berikan pemijatan

e) Berikan terapi hipnotis

f) Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan

g) Diskusikan mengenai situasi dan pamilih terapi/pengobatan yang diinginkan

3) Edukasi

a) Jelaskan mengenai terapi yang akan dijalankan

b) Ajarkan terapi relaksasi

c) Ajarkan latihan nafas dalam

d) Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian analgetik, antipruritic, antihistamine, jika perlu

b. Ketidaknyaman pasca partum

Rencana tindakan yang dapat dilakukan untuk ketidaknyaman pasca partum

1) Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineum pasca persalinan

2) Terapeutik

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

3) Edukasi

- a) Jelaskan prosedur perineal hygiene yang benar
- b) Jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum
- c) Anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab
- d) Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia (kecuali air bersih)
- e) Anjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam (setiap 4 jam)
- f) Ajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman
- g) Ajarkan cara penggunaan pembalut
- h) Ajarkan menilai perdarahan post partum
- i) Ajarkan menilai perdarahan post partum normal

c. Manajemen nyeri

Meneliti dan mengendalikan pengalaman sensorik atau di sebut dengan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan konset mendadak atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dan konstan

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi response nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur

d) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi

- a) Anjurkan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- d) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- e) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Andromo 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan (Andromo 2017).

diantaranya :

- a. Pasien mengatakan adanya penurunan rasa nyeri
- b. Memperoleh pemahaman yang akurat mengenai nyeri

- c. Dapat mempertahankan meningkatkan, kesejahteraan dan kemampuan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki
- d. Dapat menggunakan tindakan peredaan nyeri non farmakologis
- e. dapat menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi nyeri. (Andarmoyo, 2017)

Adapun ukuran pencapaian tujuan tahap evaluasi dalam keperawatan meliputi :

- a. Masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- b. Masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
- c. Masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah keperawatan baru.

B. Konsep Post Partum

1. Pengertian

Postpartum merupakan waktu setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa postpartum akan berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Wahyuningsih 2019).

2. Tahapan post partum

a. *Immediate postpartum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

Masa setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun yang umum terjadi pendarahan karena *atonia uteri*. Hal itu disebabkan, perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

b. *Early post partum* (24 jam-1 minggu)

Harus dipastikan *invulusi uteri* normal, tidak terdapat perdarahan, , tidak demam, lochia tidak berbau busuk ibu serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late postpartum* (1 minggu-6 minggu)

Tetap perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta pendidikan kesehatan keluarga berencana (KB).
(Wahyuningsih 2019)

3. Kebutuhan masa post partum

a. Nutrisi dan cairan

Masalah nutrisi memerlukan mendapat perhatian khusus karena dengan nutrisi yang cukup mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut :

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori setiap hari
- 2) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin
- 3) Minum setidaknya 2 liter setiap hari (8 gelas)

4) Fe / tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan

5) Kapsul vitamin A 200.000 unit

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya, anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya.

Keuntungan dari ambulasi dini :

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
- 3) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan *prolapsus* atau *retrotexto uteri*. (Wahyuningsih 2019)

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateterisasi.

Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada post partum :

- 1) Otot-otot perut masih lemah
- 2) Edema dan uretra
- 3) Dinding kandung kemih kurang antibiotik
- 4) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rectal.

d. Kebersihan diri

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
- 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.
- 3) Sarankan ibu mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari

- 4) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin
- 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi / luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

e. Istirahat dan tidur

Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan. Selama masa postpartum, alat-lat interna dan eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi)

(Wahyuningsih, 2019)

4. Perubahan fisiologis pada masa post partum

a. Uterus

Plasenta lahir, uterus memulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Table 2.2. perubahan uterus

Waktu	TFU (tinggi fundus uterus)	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pusat symps	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

b. Lochea

Yaitu secret berasal dari *cavum uteri* dan vagina selama post partum (sitti saleha, 2009). Berikut ini beberapa jenis lochea :

- 1) *Lochea rubra*, berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, *verniks kaseosa*, lanugo, mekonium berlangsung 2 hari postpartum
- 2) *Lochia sanguinolenta*, berwarna merah kuning berisi darah dan lender berlangsung 3-7 hari post partum
- 3) *Lochea serosa*, berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit berlangsung 7-14 hari postpartum
- 4) *Lochea alba*, berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu postpartum

c. Endometrium

Perubahan akan terjadi timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi

plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke *kavum uteri*, hari pertama endometrium tebal 2,5mm, endometrium akan rata setelah hari ketiga.

d. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

e. Vagina dan perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah jadi *karunkula mirtiformis*. Minggu ketiga *rugae vagina* kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta edema akan berangsur-angsur pulih 6-7 hari tanpa infeksi. Karena itu vulva hygiene diperlukan.

f. Mammae / payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi secara alami. Ada 2 mekanisme : produksi susu, sekresi susu atau let down. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin

merangsang *ensit let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

g. Sistem pencernaan

Setelah melakukan persalinan beberapa selama 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada masalah persalinan, tidak ada alasan menunda makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum.

h. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi.

i. Sistem muskuloskeletal

Ligament, diafragma pelvis meregang saat kehamilan, fascia berangsur-angsur mengecil seperti semula.

j. Sistem endokrin

Hormone-hormon yang berperan :

1) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.

2) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika

ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.

3) Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun progesterone meningkat.

k. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh saat post partum dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$, setelah 2 jam post partum normal.

2) Nadi dan pernapasan, nadi dapat bradikardi kalau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.

3) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai.

BB rata-rata turun 4,5 kg.

l. Setelah partus / melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans)

m. Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisahan otot rektus abdomen). Setiap wanita mempunyai 3 set otot abdominalis, oblique, transverse. Rektus abdominalis merupakan otot paling luar yang bergerak dari atas ke bawah. Otot ini terbagi 2 yang dinamakan rekti yang lebarnya $\pm 0,5$ cm dan dihubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba).

C. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Post Partum

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengkajian data dasar klien

Meninjau ulang catatan prenatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk kelahiran normal. Adapun cara pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, pemeriksaan fisik yaitu mulai inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

b. Identitas klien

1) Identitas klien meliputi : nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, sumber biaya, tanggal masuk Rumah Sakit dan jam, tanggal pengkajian, alamat rumah.

2) Identitas suami meliputi : nama, usia, pekerjaan, agama, pendidikan, suku.

c. Riwayat keperawatan

1) Riwayat kesehatan

Data yang perlu dikaji antara lain : keluhan utama saat masuk Rumah Sakit, faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnosa yang perlu dikaji adalah peningkatan tekanan darah, eliminasi, mual atau muntah, penambahan berat badan, edema, pusing, sakit kepala, diplopia, nyeri epigastrik

2) Riwayat kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida, kehamilan yang direncanakan, masalah saat hamil atau antenatal care (ANC) dan imunisasi yang diberikan pada ibu selama hamil.

3) Riwayat melahirkan

Data yang harus dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, tipe melahirkan, analgetik, masalah selama melahirkan, jahitan pada perineum dan pendarahan.

4) Data bayi

Data yang harus dikaji meliputi jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan bayi, kesulitan dalam melahirkan, APGAR SCORE, untuk menyusui atau pemberian susu formula dan kelainan kongenital yang tampak pada saat dilakukan pengkajian.

5) Pengkajian masa post partum atau post partum pengkajian

yang dilakukan meliputi keadaan umum. Tingkat aktivitas setelah melahirkan, gambar lochea, keadaan perineum, abdomen, payudara, episiotomy, kebersihan menyusui dan respon orang terhadap bayi

d. Pemeriksaan fisik

1) Rambut

Mengkaji kekuatan rambut klien karena diet yang baik selama masa hamil akan berpengaruh pada kekuatan dan kesehatan rambut.

2) Muka

Mengkaji adanya edema pada muka yang dimanifestasikan dengan kelopak mata yang bengkak atau lipatan kelopak mata bawah menonjol.

3) Mata

Mengkaji warna konjungtiva bila berwarna merah dan basah berarti normal, sedangkan berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, dan jika konjungtiva kering maka ibu mengalami dehidrasi.

4) Payudara

Mengkaji pembesaran, ukuran, bentuk, konsistensi, warna payudara dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting.

5) Abdomen

Inspeksi bentuk perut ibu mengetahui adanya distensi pada perut, palpasi juga tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus.

6) Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah, warna, bekuan darah yang keluar dan baunya.

7) Sistem perkemihan

Mengkaji kandung kemih dengan palpasi dan perkusi untuk menentukan adanya distensi pada kandung kemih yang dilakukan pada abdomen bagian bawah.

8) Perineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi nyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda-tanda "REEDA" (Redness / kemerahan, Ecchymosis / perdarahan bawah kulit, Edema / bengkak, Discharge / perubahan lochea, Approximation / pertautan jaringan).

9) Ekstremitas

Ekstremitas atas dan bawah dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan reflek patella baik.

e. Tanda-tanda vital

Mengkaji tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah selama 24 jam pertama masa post partum atau pasca partum.

f. Pemeriksaan penunjang

- 1) Jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematokrit (Hb /Ht):
mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek dari kehilangan darah pada pembedahan.
- 2) Urinalis : kultur urine, darah, vaginal, dan lochea, pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual.(Wahyuningsih, 2019)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa menurut SDKI (2016), keperawatan yang muncul berhubungan dengan gangguan rasa aman nyaman nyeri adalah

a. Nyeri akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional,dengan konsep mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

- a) Agen pencetus fisiologi
- b) Agen pencetus kimiawi
- c) Agen cedera fisik

3) Gejala tanda minor

Subjektif

a) Mengeluh nyeri

Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

f) Tekanan darah meningkat

g) Pola napas berubah proses berpikir tergantung

h) Menarik diri

i) Berfokus pada diri sendiri

j) Diaphoresis

b. Ketidaknyamanan pasca partum

1) Definisi : Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.

2) Penyebab :

a) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran

b) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula

c) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI

d) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan

e) Ketidaktepat posisi duduk

f) Faktor budaya

3) Gejala tanda mayor minor

Subjektif

a) Mengeluh tidak nyaman

Objektif

a) Tampak meringis

b) Terdapat kontraksi uterus

c) Luka

d) Payudara bengkak

e) Tekanan darah meningkat

f) Frekuensi nadi meningkat

g) Berkeringat berlebihan

h) Menagis/merintih

i) Hemorrhoid

3. Perencanaan keperawatan

a. Manajemen nyeri

Meneliti dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan

1) Kriteria hasil

a) Melaporkan nyeri terkontrol menurun (1)

b) Kemampuan mengenali konsep nyeri (5)

- c) Kemampuan mengenali penyebab nyeri (5)
- d) Kemampuan menggunakan teknik non farmakologi (5)
- e) Dukungan orang terdekat meningkat (5)
- f) Keluhan nyeri menurun (5)
- g) Menggunakan analgetik menurun (5)

2) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi response nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

3) Terapeutik

- a) Berikan teknik non farmakologi dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur

d) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

4) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

5) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Ketidaknyaman pasca partum

Rencana tindakan yang dapat dilakukan untuk ketidaknyaman pasca partum

1) Kriteria hasil

- a) Keluhan tidak nyaman menurun (1)
- b) Meringis menurun (1)
- c) Luka episiotomy menurun (1)
- d) Berkeringat menurun (1)
- e) Menangis menurun (1)
- f) Merintih menurun (1)
- g) Hemoroid menurun (1)
- h) Kontraksi uterus meningkat (1)

- i) Payudara bengkak menurun (5)
 - j) Tekanan darah menurun (5)
 - k) Frekuensi nadi menurun (5)
- 2) Observasi
- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
 - b) Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineum pasca persalinan
- 3) Terapeutik
- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
 - b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
 - c) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 4) Edukasi
- a) Jelaskan prosedur perineal hygiene yang benar
 - b) Jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum
 - c) Anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab
 - d) Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia (kecuali air bersih)
 - e) Anjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam (setiap 4 jam)
 - f) Ajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman
 - g) Ajarkan cara penggunaan pembalut
 - h) Ajarkan menilai perdarahan post partum

i) Ajarkan menilai perdarahan postpartum abnormal

4. Implementasi keperawatan

a. Manajemen nyeri

- 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteria, durasi, frekuensi,kualitas,intensitas nyeri
- 2) Mengidentifikasi skala nyeri
- 3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 4) Mengidentifikasi pengetahuan budaya terhadap respon nyeri
- 5) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri
- 6) Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 7) Memonitor efek samping pemberian analgetik
- 8) Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 9) Memberikan posisi yang nyaman
- 10) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 11) Memfasilitasi istirahat dan tidur
- 12) mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan rasa nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 13) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

- 14) Menjelaskan strategi meredakan nyeri
- 15) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 16) Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 17) Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 18) Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Ketidaknyaman pasca partum

- 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineum pasca persalinan.

5. Evaluasi keperawatan

a. Nyeri akut

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenali penyebab nyeri	1	2	3	4	5
Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis	1	2	3	4	5
Dukungan orang terdekat	1	2	3	4	5
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Penggunaan analgesic	1	2	3	4	5

b. Ketidaknyamanan post partum

	Menurun	Cukup menurun	Sedan g	Cukup meningkat	Meningkat
Ketuban tidak nyaman	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Luka episiotomy	1	2	3	4	5
Kontraksi uterus	1	2	3	4	5
Berkeringat	1	2	3	4	5
Menangis	1	2	3	4	5
Merintih	1	2	3	4	5
Hemoroid	1	2	3	4	5
Kontraksi uterus	1	2	3	4	5
Payudara bengkak	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Studi Kasus

Jenis rancangan penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek kasus ini akan dikaji adalah pasien post partum dengan ruptur perineum dengan yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman

1. Inklusi

- a) Pasien post partum dengan ruptur perineum derajat II yang mengalami gangguan rasa aman dan nyaman nyeri
- b) Pasien post partum yang di rawat inap dirumah sakit
- c) Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik
- d) Pasien yang bersedia menjadi responden

2. Eksklusi

- a) Pasien post partum ruptur perineum yang mengalami komplikasi
- b) Pasien post partum dengan episiotomi
- c) Pasien dengan data tidak lengkap

C. Fokus Studi

Fokus studi dalam kasus ini adalah kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien post partum

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Tabel 6 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur
Post partum rupture perineum derajat II	Post partum normal ruptur perineum derajat II adalah dimana pasien yang mengalami trauma atau robekan jalan lahir saat atau setelahnya terjadi persalinan	Format pengkajian Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum	Pasien post partum dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman
Rasa aman dan nyaman	Gangguan kebutuhan rasa nyaman adalah sebuah keadaan dimana pasien merasakan ketidaknyamanan dengan gangguan yang terjadi pada bagian tubuhnya baik bagian eksternal tubuh maupun internal tubuh		

E. Instrument Studi Kasus

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan pada ibu post partum dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman

F. Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada klien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi klien biasanya juga disebut anamnesa.

- a. Biodata
- b. Keluhan utama
- c. Diagnose medic
- d. Riwayat kesehatan
- e. Riwayat kehamilan
- f. Riwayat persalinan
- g. Pola aktivitas dan latihan
- h. Pemeriksaan fisik

2. Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui sentuhan dan pendengaran.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki atau dikenal dengan head to toe.

G. Analisa dan Penyajian Data

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknis analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang akan dilakukan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

H. Etika Studi Kasus

Secara umum prinsip etika dalam penelitian pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subyek, dan prinsip lea

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi kasus

Pembahasan tentang uraikan kasus penerapan asuhan keperawatan Pada klien Ny "R" Post Partum Hari 1 dengan Ruptur Perineum Derajat II dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman di Ruang perawatan AL-Latif RSIA KHADIJAH 1 MAKASSAR pada tanggal 23-26 agustus 2021. Penulisan menggunakan metode Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diganosa, intervensi, implementasi, evaluasi.

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Klien atas nama Ny "R" tempat tanggal lahir maros 06 agustus 2003, umur 18 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, alamat dusun talassa, maros, pendidikan terakhir adalah SD, dan sebagai ibu rumah tangga. Tanggal masuk 23 agustus 2021, tanggal pengkajian 24 agustus 2021 diagnosa medis: post partum ruptur perineum tingkat II. Penanggung jawab klien adalah Tn."A" umur 26 tahun yang bekerja sebagai WIRASWASTA, pendidikan terakhir SMA, hubungan dengan pasien adalah suami.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang ditemukan pada saat melakukan pengkajian yaitu didapatkan data bahwa terjadi luka ruptur pada perineum akibat proses persalinan yang dimana terjadinya ruptur secara spontan akibat adanya dorongan kepala bayi. Klien mengatakan nyeri pada jahitan perineum, Klien juga mengatakan sulit bergerak, klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan berada pada skala 6 (Nyeri sedang), klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan terjadi pada saat klien ingin beraktivitas atau bergerak dengan durasi yang tidak menentu serta berkurang pada saat klien beristirahat / berbaring. Setelah dilakukan pengkajian pada Ny."R" tentang riwayat kehamilan, klien mengatakan ini adalah kehamilan pertama, sedangkan persalinan ini adalah pengalaman pertama. 23 agustus 2021

c. Riwayat keluhan utama

Nyeri akibat luka jahitan perineum. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri sedang (6), nyeri dirasakan pada saat klien bergerak dengan durasi yang tidak menentu.

d. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengeluh nyeri luka jahitan pada perineum

2) Riwayat penyakit masa lalu

Klien tidak pernah mengidap penyakit

e. Riwayat kehamilan

Klien mengatakan ini kehamilan pertama G1.P1.A0 . masalah selama kehamilan klien tidak memiliki masalah selama proses kehamilan dan Klien mengatakan imunisasi yang diberikan pada puskesmas lengkap

f. Pemeriksaan fisik

Hasil pengkajian fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda – tanda vital tekanan darah 110 / 80 MmHg, suhu 36,5°C frekuensi nadi 80x/menit. Hasil pemeriksaan fisik sistem integumen. Kebersihan kulit bersih dan terawat. Kepala bentuk kepala bulat dan tidak ada edema pada, kulit kepala bersih. Rambut berwarna hitam, muka warna kulit sawo matang struktur wajah oval. Payudara warna puting hitam, kebersihan puting bersih dan terawat, bentuk payudara simetris, tidak ada benjolan. Abdomen tinggi fundus uterus 1jr pst (jari bawah pusat). Kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras. Vulva dan vagina tidak edema tidak ada kelainan, nyeri pada luka perineum,

warna lochea rubra, jumlah perdarahan \pm 30 cc. terdapat luka pada perineum jenis jahitan simpul, luka tampak bersih tidak ada tanda – tanda infeksi, terdapat nyeri tekan.

2. Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny “R”. klien didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan ruptur perineum derajat II. Ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum. Nyeri dirasakan pada mukosa vagina, kulit dan mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu – waktu dengan durasi yang tidak menentu. Data objektif klien tampak meringis, terdapat luka jahitan pada perineum. Nyeri tekan dengan skala nyeri sedang (6), tanda – tanda vital TD : 110 MmHg, N : 80x/menit, S : 36,5°C, P : 20x/menit. Klien hanya berbaring ditempat tidur.

3. Intervensi

a. Kaji nyeri PQRST secara komprehensif

Rasional : agar dapat menilai lokasi, karakteristik, durasi kualitas, dan faktor presipitasi nyeri

b. Kurangi faktor presipitasi

Rasional : dapat memberikan petunjuk dan informasi yang mendasari nyeri serta menjadi acuan untuk mengurangi nyeri ketika merencanakan intervensi keperawatan

c. Observasi TTV

Rasional : mengetahui keadaan umum pasien

d. Berikan posisi yang nyaman

Rasional : agar klien merasakan rileks dan nyaman

e. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

1) Baca buku

2) Nonton tv

3) Berbincang – bincang dengan orang lain/atau keluarga

Rasional : membantu klien agar tidak terfokus pada nyeri

f. Berikan analgetik

Rasional : mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri

g. Ajarkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab

Rasional: menghindari terjadi iritasi pada bagian genitalia

h. Ajarkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia (kecuali air bersih)

Rasional: agar genitalia tetap bersih dan bebas dari kuman

4. Implementasi

a. Selasa 24 Agustus 2021

1) Pukul 09.05 WITA, mengkaji nyeri (PQRST) secara komprehensif.

Hasil : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri (6) skala sedang yang

dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu.

2) Pukul 09.15 WITA, mengurangi faktor presipitasi.

Hasil : klien tidak banyak bergerak

3) Pukul 09.35 mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil : Tekanan darah 110/80 MmHg, Nadi : 80x/menit.

Suhu 36,5°C , pernafasan : 20x/menit

4) Pukul 09.54 WITA memberikan klien posisi yang nyaman.

Hasil : klien berbaring dengan posisi terlentang klien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut.

5) Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi

a) Pukul 10.00 WITA. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam.

Hasil : klien melakukan selama 3 kali dengan mengatakan nyeri agak berkurang.

b) Pukul 10.10 WITA mengajarkan teknik distraksi.

Hasil : klien mengatakan melakukan kegiatan kecil seperti fokus menonton tv dan berbicara dengan keluarganya untuk menghilangkan nyeri yang dialami

6) Pukul 10.25 mengkolaborasikan pemberian obat.

Hasil : klien minum obat oral asam mefenamat 3x1 tiap 8 jam, yang berfungsi untuk mengurangi rasa sakit.

7) Pukul 10.30 mengajarkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab

Hasil: pasien tampak ingin melakukannya pada bagian genitalia pada saat membersihkan pada genitalia

8) Pukul 11.00 Mengajarkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika memberishkan area genitalia

Hasil: klien ingin melakukan pemberian gentelia menggunakan air bersih.

b. Rabu 25 Agustus 2021

1) Pukul 13.10 WITA mengkaji nyeri (PQRST) secara komprehensif.

Hasil : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri yang (3) dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu

2) Pukul 13.20 WITA mengevaluasi cara mengurangi presipitasi nyeri.

Hasil : klien mengatakan tidak banyak bergerak

3) Pukul 13.35 WITA mengobservasi ttv.

Hasil tekanan darah 120/80 MmHg, Nadi : 84x/menit, suhu : 36,5C pernafasan : 22x/menit.

4) Pukul 13.45 WITA memberikan klien posisi yang nyaman.

Hasil : klien berbaring dengan posisi terlentang klien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut.

5) Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi

a) Pukul 13.54 WITA, mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam.

Hasil : klien mengatakan saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam nyeri berkurang

b) Pukul 14.05 WITA mengevaluasi teknik distraksi.

Hasil : klien mengatakan melakukan kegiatan kecil seperti fokus menonton tv dan berbicara dengan keluarganya untuk menghilangkan nyeri yang dialami

6) 14: 20 WITA mengkolaborasikan pemberian obat.

Hasil : klien minum obat oral asam mefenamat 3x1 tiap 8 jam, yang berfungsi untuk mengurangi rasa sakit.

7) Pukul 14.25 WITA mengajarkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab

Hasil: pasien tampak ingin melakukannya pada bagian genitalia pada saat membersihkan pada genitalia

8) Pukul 14.40 WITA Menganjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia

Hasil: klien sudah tampak membersihkan bagian genitalia menggunakan air bersih

c. Kamis 26 agustus 2021

- 1) Pukul 08.15 WITA. Yaitu : mengkaji karakteristik nyeri (PQRS) secara menyeluruh.

Hasil : klien mengatakan sedikit nyeri bila duduk, skala nyeri (1)

- 2) Pukul 08.20 WITA, mengobservasi ttv

Hasil : 120/10 MmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,5°C, pernafasan 22x/menit.

- 3) Pukul 08.30 WITA, mengkolaborasi pemberian obat secara teratur di rumah

Hasil klien telah minum obat asam mefenamat.

5. Evaluasi

- a. Evaluasi hari selasa, 24 agustus 2021 pukul 11.15 Wita,

S : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri (6) skala sedang yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu.

O : klien Tampak meringis. Klien Tampak mengerut
Kan wajahnya

A : Masalah belum teratasi

P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6 yaitu :

- 1) Kajian karakteristik nyeri.

- 2) Kurangi faktor presipitasi nyeri,
 - 3) Observasi TTV
 - 4) Berikan posisi nyaman
 - 5) a. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
b. Ajarkan teknik distraksi
 - 6) Kolaborasi Pemberian obat
- b. Evaluasi hari rabu, 25 agustus 2021 pukul 15.00 Wita
- S : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri yang (3) nyeri ringan dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu
- O : Klien Tampak meringis klien mengerutkan wajahnya
- A : masalah belum teratasi
- P : lanjutkan intervensi 1,2,3,6
- 1) Kaji karakteristik nyeri
 - 2) Faktor presipitasi nyeri
 - 3) Observasi TTV,
 - 4) Memberikan obat anti nyeri.
- c. Evaluasi hari kamis, 26 agustus 2021 pukul 09.00 Wita,
- S : klien mengatakan nyeri hilang dengan skala nyeri (1) nyeri ringan
- O : Klein Nampak rileks.
- A : masalah teratasi

P : pertahankan intervensi

B. Pembahasan

Pembahasan tentang “ Penerapan Asuhan Keperawatan Pada klien Ny “R” ruptur perineum tingkat II dalam Kebutuhan Rasa Aman Nyaman telah dilaksanakan pada tanggal 24 – 26 Agustus 2021 di RSIA Sitti Khadijah I Makassar”. Di samping itu, akan di kemukakan pula terkait nyeri akut maupun hambatan dalam pemenuhan kebutuhan asuhan keperawatan pada Ny “R” yang akan diuraikan sesuai dengan tahap proses keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny.”R” didapatkan data bahwa riwayat keluhan utama yang dirasakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, kulit dan otot perineum, skala nyeri 6, klien mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu. Klien Tampak meringis kesakitan. Hasil pengkajian nyeri pada Ny.”R” di atas sejalan dengan teori Wilkinson (2016) bahwa pengkajian nyeri dilakukan secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.

Ruptur perineum tersebut mengakibatkan rasa nyeri sesuai dengan teori Abd.Wahid (2016) yang mengatakan luka perineum

ini sendiri akan mempunyai dampak tersendiri bagi ibu yaitu gangguan ketidaknyamanan (nyeri). Keluhan utama yang dirasakan oleh klien luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, mukosa vagina, dan otot perineum.

Pengkajian nyeri yang dilakukan pada Ny."R" menggunakan skala nyeri menurut VAS (visual / verbal analog scale) yang merupakan skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri sesuai dengan teori (Wahyudi dan Abd.Wahid.2016)

Hasil pengkajian diatas sejalan dengan teori Abd. Wahid (2016) bahwa penilaian nyeri atau ketidaknyamanan dinilai dari angka 0 tidak ada nyeri, angka 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, 10 nyeri sangat berat.

Menganjurkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab. Sejalan dengan buku ajar SDKI(2017) Dan mengajarkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia kecuali air bersih.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada masalah Ny "R" berdasarkan pengkajian adalah nyeri akut berhubungan dengan ruptur perineum derajat II. Dan berdasarkan penelitian yang saya lakukan pada pasien di temukan adanya ruptur perineum derajat II pada pasien dan pasien merasakan nyeri tekan dengan skala

nyeri sedang (6), tanda- tanda vital TD : 110 mmHg, Nadi : 80x/menit, S : 36,5°C, P : 20x/menit, Klien hanya berbaring ditempat tidur. Sejalan dengan teori (Saputra,2013) yang mengatakan bahwa nyeri akut karena adanya luka / kerusakan jaringan yaitu trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran.

3. Perencanaan

Perencanaan yang dilakukan pada Ny."R" yaitu nyeri kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya sejalan dengan teori (Wilkinson ,2016) menyatakan bahwa salah satu intervensinya 1. Kaji nyeri secara komprehensif atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya agar dapat membantu dalam melakukan tindakan keperawatan atau intervensi yang tepat 2. Anjurkan penggunaan teknik non farmakologi: ajarkan teknik relaksasi nafas dalam sejalan dengan teori (Sukarta, 2016) yang mengatakan ajarkan teknik relaksasi nafas dalam ini dapat ini mengurangi ketegangan pada ibu yang mengalami rasa nyeri persalinan dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam akan membuat rilex tubuh dan akan menghentikan produksi hormon adrenalin dan semua hormone tersebut akan digantikan dengan hormon endorphin. Hormon endorphin merupakan hormon penghilang rasa nyeri atau rasa

sakit. 3. Observasi TTV, 4. Ajarkan teknik distraksi : dengan menganjurkan klien membaca buku ,menonton tv sejalan dengan teori (Retno, Rono,& Hani, 2016) yang mengatakan terapi membaca buku dan menonton dapat mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptide. Molekul ini akan mempengaruhi reseptor-reseptor di dalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman 5. Memberikan posisi yang nyaman sejalan dengan teori (Wilkinson, 2016) yang mengungkapkan bahwa pemberian posisi yang nyaman atau yang adekuat dapat membantu dalam memfasilitasi peredaan nyeri ibu, 6. Kolaborasi pemberian analgetik sejalan dengan teori (Juwita, Faradani, & Wibowo, 2019) yang mengatakan pemberian obat pada pasien post partum normal yang paling banyak digunakan yaitu asam mefenamat tablet yang dimana efektif untuk pengobatan nyeri sedang hingga nyeri berat. 7. Menganjurkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab. Sejalan dengan teori Dan mengajarkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia kecuali air bersih sejalan dengan teori (Anggun mita Ariswanda) yang dimana mengatakan perawatan genitalia merupakan cara agar terhindar dari infeksi untuk itu perluh menggunakan alat atau bahan yang bersih untuk melakukan pembersihan bagian genitalia.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan. Seluruh intervensi telah dilaksanakan pada implementasi yang dilakukan setiap hari pada Ny."R" mulai mengkaji skala nyeri sampai melakukan observasi ttv dan mengajarkan kembali intervensi hari pertama sampai hari terakhir. Hari terakhir hanya melakukan observasi pada pasien apakah betul nyeri atau masalah yang dihadapi pasien betul-betul teratasi.

Mengkaji yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya hal ini sejalan dengan penelitian saya setiap hari melakukan mengkjian pada pasien yaitu mengkajia karatristik, lokasi dan durasi, frukuensi, kualitas intensitas atau kepatenan dimana sejalan dengan teori (Usman, 2019) yang melakukan implementasi pada pasien mengkaji nyeri yang komprehensif dan mengatakan sebagian besar intervensi nyeri luka pada perineum yang dirasakan ibu post partum mengalami nyeri skala (6) setelah melahirkan, nyeri yang dirasakan klien pada saat klien bergerak dengan durasi yang tidak menentu.

Mengobservasi TTV hal ini sejalan dengan teori atau penelitian (Usman, 2019) yang mengatakan salah satu hal yang

perlu dikaji pada ibu post partum yaitu mengobservasi TTV yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.

Menganjurkan klien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam sejalan juga dengan teori (Adela, 2017) yang mengatakan pemberian teknik relaksasi nafas dalam membantu klien dalam menangani nyeri sejalan dengan teori (Sukarta, 2016) yang mengatakan teknik relaksasi nafas dalam ini dapat mengurangi ketegangan pada ibu yang membuat stres pada saat nyeri persalinan dengan dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam ini akan membuat rileks tubuh dan akan menghentikan produksi hormon adrenalin dan semua hormon yang diperlukan saat stress maka hormon endorphen. Hormon endorphen merupakan hormon penghilang rasa nyeri atau rasa sakit.

Mengkaji teknik distraksi terapi membaca buku sejalan dengan teori atau penelitian (Retno, Rono , & Hani, 2016) yang mengatakan terapi membaca akan memberikan gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptide. Molekul ini akan mempengaruhi reseptor-reseptor di dalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman.

Menganjurkan klien posisi yang nyaman sejalan dengan teori (Wilkinson, 2016) yang menyatakan posisi yang nyaman mampu untuk memfasilitasi perubahan rasa nyeri.

Mengkolaborasikan pemberian obat analgetik sejalan dengan teori dan penelitian yang mengatakan nyeri dan dosis asam mefenamat 500mg efektif untuk pengobatan nyeri, asam mefenamat dipilih karena selain sebagai analgetik juga mempunyai luka perineum, sehingga mencegah masuknya mikroorganisme penyebab infeksi

Menganjurkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab. Sejalan dengan teori 8. mengajarkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia kecuali air bersih sejalan dengan teori (Anggun mita Ariswanda) yang dimana mengatakan perawatan genitalia merupakan cara agar terhindar dari infeksi untuk itu perluh menggunakan alat atau bahan yang bersih untuk melakukan pembersihan bagian genitalia.

5. Evaluasi

Evaluasi pada Ny."R" berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan kriteria hasil menurut (Wilkinson, 2016) menyatakan bahwa kriteria hasil pada aman nyaman nyeri mengenai awitan nyeri menggunakan tindakan pencegahan, menunjukkan tingkat nyeri menunjukkan ekspresi nyeri pada wajah, menunjukkan episode durasi nyeri, sedangkan berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan menurut (Saputra, 2013) yang mengatakan evaluasi keperawatan menunjukkan pada masalah nyeri dapat dinilai dari

kemampuan pasien dalam merespon nyeri, hilangnya rasa nyeri, menurunnya intensitas nyeri, terdapat respon fisiologis yang baik dan kemampuan untuk menjalankan kegiatan sehari-hari tampak keluhan nyeri, hal ditemukan pada Ny."R" didapatkan data sesuai yang diharapkan.

C. Keterbatasan

Penyelesain studi kasus ini tidak terlepas dari adanya berbagai keterbatasan yang menjadi hambatan dalam penelitian antara lain

1. Penelitian tidak dapat melakukan penerapan Asuhana Keperawatan dengan maksimal karena keadaan covid-19

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang ditemukan Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny."R". klien didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum. Nyeri dirasakan pada mukosa vagina, kulit dan mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu – waktu dengan durasi yang tidak pasti. Data objektif klien tampak meringis, terdapat luka pada luka jahitan pada perineum. Nyeri tekan dengan skala nyeri sedang (6), tanda – tanda vital TD : 110 MmHg, N : 80x/menit, S : 36,5°C, P : 20x/menit. Klien hanya berbaring ditempat tidur.
2. Berdasarkan keperawatan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny."R" adalah nyeri akut berhubungan dengan rupture perineum derajat II.

Rencana keperawatan diharapkan dalam waktu 1x24 jam nyeri berkurang hasil : klien mampu mengontrol nyeri,melaporkan nyeri dapat dikendalikan, mampu mengenali nyeri, dan menyatakan merasa nyaman setelah nyeri berkurang.

3. Rencana keperawatan yang dilakukan
1. Kaji nyeri yang komprehensif (PQRST)
2. Kurangi faktor presipitasi.
3.observasi TTV.
4 berikan posisi yang nyaman.
5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu baca buku, menonton tv dan berbincang-bincang dengan keluarga
6. Berikan analgetik .
7 anjurkan selalu menjaga area genetalia agar tidak lembab.
8. Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genetalia kecuali air bersih
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu :
1. Mengkaji nyeri (PQRST) secara komprehensif,
2. Mengukur faktor presipitasi,
3. Mengobservasi tanda-tanda vital ,
4. Memberikan klien posisi yang nyaman,
5. Memberikan teknik relaksasi non farmakologi, jarakan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi,
6. Mengkalaborasi pemberian obat anakgetik.
7 menganjurkan selalu menjaga area genetalia agar tidak lembab.
8. menganjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genetalia kecuali air bersih
5. Evaluasi pada masalah nyeri akut berhubungan dengan rupture perineum derajat II. Kamis 26 agustus 2021 masalah nyeri akut teratasi didukung dengan data skala nyeri klien (1).

B. Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh penulis sebagai bahan akhir sebagai berikut:

1. Diharapkan agar perawat mengkaji faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien post partum
2. Diharapkan dalam melakukan diagnose perawat harus lebih menganalisa data dan faktor penyebab rasa aman dan nyaman pada pasien post partum
3. Sebaiknya perawat menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan pada pasien sesuai dengan diagnosis dan kondisi pasien
4. Disarankan agar perawat dilakukan tindakan pemberian posisi yang nyaman pada pasien tiap 2 jam pada pasien.
5. Ebaiknya perawat mengevaluasi dan nilai setiap melakukan tindakan sejauh mana kondisi pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Adela, N. (2017). Penerapan asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.R Dengan Kebutuhan Rasa Nyaman nyeri Diruang Perawatan St. Aisyah di Rsia Sitti Khadijja III MUhammmadiyah Mamajang makassar . makassar .
- Andarmoyo, S. (2017). Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri . Jogjakarta .d, T. P.
- hj.Zubaidah, Rusdiana, Nofitri, R., & Pusparina, I. (2021). Asuhan Keperawatan Nifas. Yogyakarta.
- Juwita, D. R., Faradani, N., & Wibowo, M. I. (2019). Studi Penggunaan Obat analgetik Pada Partus Pervaginal Dan Section Sesar Di RSU Bunda Purwokerto . Diakses Dari Jurnal Farmasi Indonesia , 270.
- Keperawatan, S. W. (2019). Asuhan Keperawatan Post Partum . Yogyakarta.
- Organization, W. H. (2017). Angka kematian ibu .
- Organization, w. H. (2019). Angka Kematian ibu Melahirkan.
- PPNI, T. P. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia . Jakarta selatan .
- PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia . Jakarta Selatan .
- PPNI, T. P. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia . Jakarta Selatan .

- Saputra. (2013). Pengantar kebutuhan dasar manusia . tenggerang selatan : erlangga .
- Sukarta, A. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Ibu Inpartu Kala Fase Aktif . jurnal kesehatan , 42.
- Usman, N. A. (2019). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny "N" Post partum normal Hari 1 Dengan Ruptur Derajat II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Diruang Ummu Salamah Rsip Sitti Khadija III Muhammadiyah Mamajang . Makassar .
- Wahyudi, A. S., & Abd.Wahid. (2016). Ilmu Keperawatan Dasar . Surabaya .
- Willkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2012). Diagnosa Keperawatan . Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Zakiah, A. (2015). Nyeri Konsep dan Penatalaksanaan dalam praktik Keperawatan Berbasis Bukti . Jakarta selatan.

Lampiran 1 Riwayat hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Nurul Widyastuti
Tempat/tanggal lahir : Ulukalo 30 Maret 2001
Agama : Islam
Suku/Bahasa : Bugis/Indonesia
No Telfon : 082 291 027 286
E-mail : nurulwidyastuti30@gmail.com
Alamat : Baji gau 6 Komplek Perwira AD H46

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

SD : SDN 1 ULUKALO
SMP : Mts AL-IKHAS IWOMENDAA
SMA : MAN 02 KOLAKA
Perguruan tinggi : Universitas Muhammadiyah Makassar

C. PENGALAMAN ORGANISASI

- Pengurus gugus depan pramuka Mts AL-IKHLAS IWOMENDAA (2014-2015)
- Pengurus Palang Merah Remaja MAN 02 KOLAKA (2017-2018)

Lampiran 3 PSP (Penjelasan untuk mengikuti penelitian)

1. Kami adalah penelitian berasal dari prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar, dengan ini meminta saudara (i) untuk berpartisipasi dalam dan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Penerapan asuhan keperawatan pada pasien post partum dengan ruptur perineum dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman "
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah memperoleh gambaran peneraan asuhan keperawatan pada ibu post partum normal dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman dan dapat memberikan manfaat berupa penelitian ini akan berlangsung selama 3 hari .
3. Prosedur pengambilan data dengan wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 10 – 14 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan / tindakan yang diberikan keperawatan .
4. Keuntungan yang bapak ibu beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
5. Nama dan jati diri bapak ibu beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika bapak ibu membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp : 082291027286 .

PENELITI

Nurul Widyastuti

Lamiran 4 Imformed Consent

IMFORMAN CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Nurul Widyastuti dengan judul “Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan rupture perineum dengan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman”

Saya memutuskan setuju ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Makassar, 23 Agustus 2021

Saksi yang
Memberikan persetujuan

(.....)

(.....)

Peneliti

Nurul Widyastuti
NIM : 18010

Lamiran 4 Hasil Studi Kasus

Lembar wawancara

A. Biodata

1. Identitas klien

Nama : Ny"R"
Tempat/Tanggal Lahir : Maros/06/04/2003
Usia : 18 thn 4 bulan
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Alamat : Dusun talassa, maros
Tanggal Masuk : 23 agustus 2021
Tanggal Pengkajian : 24 agustus 2021
Diagnosa Medis : post partum normal ruptur perineum tingkat II

2. Penanggung jawab

Nama : Tn"A"
Usia : 25 thn
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : -
Hubungan Dengan Klien : Suami

A. Keluhan Utama

1. Alasan Kunjungan/Keluhan utama

: Pasien masuk dengan keluhan keluar air dari jalan lahir

2. Riwayat Keluhan Utama

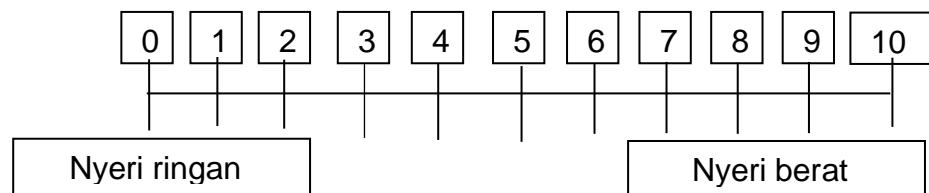
: Nyeri luka jahitan pada perineum

a. Faktor pencetus

1) Kaji nyeri dengan JCAHO

- a.) Provoking incident : Pasien mengatakan nyeri pada bagian perineum pada saat bergerak
- b.) Quality/quantity : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk- tusauk
- c.) Region : pasien mengatakan nyeri pada bagian perineum
- d.) Severity : skala nyeri 6
- e.) Time : klien mengatakan nyeri hilang timbul

2) Ukur skala nyeri



- b. Lamanya keluhan : Keluhan muncul dengan waktu yang tidak menentu
- c. Timbulnya keluhan : Tidak menentu

B. Diagnosa Medis : Post partum normal rupture
Perineum derajat II

C. Riwayat keperawatan

- 1. Riwayat kesehatan sekarang : klien mengeluh nyeri luka jahitan Pada perineum
- 2. Riwayat kesehatan lalu : -

D. Riwayat kehamilan

- 1. GPA (Gestasi, Partus, Abortus) : P.1 A.1 P,0

- 2. Masalah selama kehamilan : Tidak ada masalah selama
: kehamilan
- 3. Imunisasi yang diberikan : Lengkap
- E. Riwayat persalinan
 - 1. Tanggal persalinan : 24 agustus 2021
 - 2. Tempat persalinan : RS Stti Khadijja 1 makassar
 - 3. Penolong persalinan : Bidan
 - 4. Jalannya persalinan : Normal
 - 5. Lama persalinan : ± 2 jam
 - 6. Masalah selama persalinan : tidak ada masalah Pada saat
persalinan
 - 7. Perdarahan : Tidak ada pendarahan
 - 8. Jahitan pada perineum : Ruptur Perineum derajat II
- F. Data bayi
 - 1. Jenis kelamin : Perempuan
 - 2. Berat badan bayi : 3100 gram
 - 3. Panjang badan bayi : 49 cm
 - 4. APGAR SCORE : 8/10
 - 5. Menyusui : Menyusui
 - 6. Kelainan congenital : Tidak ada
- G. Pola aktivitas dan latihan
 - 1. Mandiri : Menyusui
 - 2. Dibantu orang lain : Latihan jalan
- H. Pemeriksaan fisik
 - 1. Status kesehatan umum
 - TD : 110/80 MmHg
 - N : 80x/menit
 - S : 36,5°C
 - P : 20x/menit

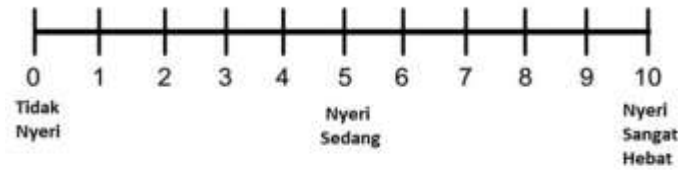
2. Sistem integument
 - a. Kebersihan : Kulit bersih
 - b. Kehangatan : kulit terasa hangat
 - c. Warna : sawo matang
 - d. Turgor : -
 - e. Kelembaban : -
 - f. Kelainan pada kulit : tidak ada kelainan pada kulit
3. Kepala
 - a. Bentuk kepala : bulat, tidak ada edema pada Kepala
 - b. Kulit kepala : Bersih
4. Rambut
 - a. Warna rambut : Hitam
5. Muka
 - a. Warna kulit : sawo matang
 - b. Struktur wajah : oval
6. Mata
 - a. Kelengkapan dan kesimetrisan : simetris
 - b. Konjungtiva dan sclera : Berwana putih
 - c. Pupil : Normal
 - d. Cornea : Normal
7. Hidung
 - a. Tulang hidung : Normal
 - b. Lubang hidung : Normal
 - c. Cuping hidung : Normal
8. Mulut dan faring
 - a. Keadaan bibir : Kering
 - b. Keadaan gusi dan gigi : bersih
 - c. Keadaan lidah : bersih

9. Payudara
- a. Warna putting : Hitam
 - b. Kebersihan putting : Bersih
 - c. Bentuk kesimetrisan payudara : Tampak simetris
 - d. Adanya benjolan atau tidak : Tidak ada keluhan
10. Abdomen
- a. TFU : 1 jari dibawah pusat
 - b. Kontraksi uterus : Baik, teraba bulat dan keras
11. Vulva dan vagina
- a. Edema : Tidak ada keluhan
 - b. Nyeri : Tampak nyeri
 - c. Warna lochea : Rubra
 - d. Bau lochea : -
 - e. Jumlah perdarahan : ± 30 cc
12. Perineum
- a. Edema : Tidak ada keluhan
 - b. Nyeri : Nyeri pada luka jahitan Perineum
13. Ekstremitas
- a. Atas : Tidak ada keluhan
 - b. Bawah : Tidak ada keluhan
14. Sistem perkemihan : 4 kali dalam 3 jam

LEMBAR OBSERVASI

1. Hari pertama

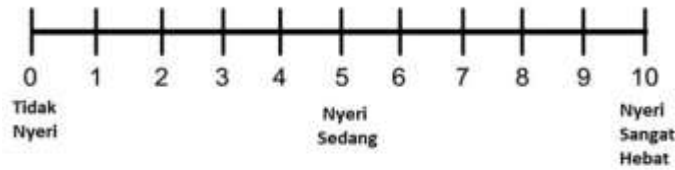
- a. Observasi apakah ada robekan perineum
Ya tidak
- b. Observasi apakah ada jahitan pada perineum
Ya tidak
- c. Observasi apakah ada infeksi
Ya tidak
- d. Observasi apakah robekan sampai anus
Ya tidak
- e. Apakah ibu nampak berkeringat
Ya tidak
- f. Apakah ibu selalu melindungi area nyeri
Ya tidak
- g. Apakah ibu mengalami gangguan tidur
Ya tidak
- h. Apakah ibu nampak gelisah
Ya tidak
- i. Apakah ibu nampak merintih
Ya tidak
- j. Pasien melaporkan skala nyeri dengan isyarat atau menggunakan skala nyeri



Hasil yang di dapatkan setelah melakukan asuhan keperawatan adalah skala nyeri (6)

2. Hari ke dua

- a. Observasi apakah ada robekan perineum
Ya tidak
- b. Observasi apakah ada jahitan pada perineum
Ya tidak
- c. Observasi apakah ada infeksi
Ya tidak
- d. Observasi apakah robekan sampai anus
Ya tidak
- e. Apakah ibu nampak berkeringat
Ya tidak
- f. Apakah ibu selalu melindungi area nyeri
Ya tidak
- g. Apakah ibu mengalami gangguan tidur
Ya tidak
- h. Apakah ibu nampak gelisah
Ya tidak
- i. Apakah ibu nampak merintih
Ya tidak
- j. Pasien melaporkan skala nyeri dengan isyarat atau menggunakan skala nyeri



Hasil yang di dapatkan setelah melakukan asuhan keperawatan adalah skala nyeri (3)

3. Hari ke tiga

a. Observasi apakah ada robekan perineum

Ya tidak

b. Observasi apakah ada jahitan pada perineum

Ya tidak

c. Observasi apakah ada infeksi

Ya tidak

d. Observasi apakah robekan sampai anus

Ya tidak

e. Apakah ibu nampak berkeringat

Ya tidak

f. Apakah ibu selalu melindungi area nyeri

Ya tidak

g. Apakah ibu mengalami gangguan tidur

Ya tidak

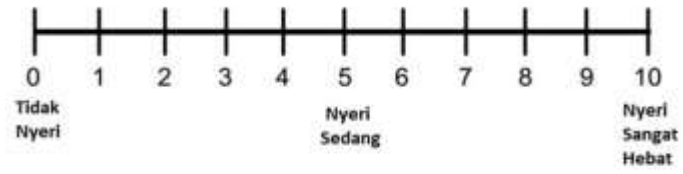
h. Apakah ibu nampak gelisah

Ya tidak

i. Apakah ibu nampak merintih

Ya tidak

j. Pasien melaporkan skala nyeri dengan isyarat atau menggunakan skala nyeri



Hasil yang di dapatkan setelah melakukan asuhan keperawatan adalah skala nyeri (1)

KLASIFIKASI DATA

Data subjektif	Data objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, Nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk nyeri pada mukosa vagina, kulit otot perineum. Skala nyeri 6 2. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TTV TD : 110/80 MmHg N : 80x/menit P : 22x/menit S : 36.5°C 2. Klien tampak meringis dan kesakitan 3. Tampak luka jahitan pada perineum

ANALISA DATA

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk nyeri pada mukosa vagina, kulit otot perineum nyeri skala 6. 2. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi tidak menentu <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV TD : 110/80 MmHg N : 80x/menit P : 22x/menit S : 36.5°C 2. Klien tampak meringis dan kesakitan 3. Tampak luka jahitan pada perineum 	<p>Adanya luka jahitan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Merangsang tubuh, mengeluarkan protagladin, histamine, serotonia</p> <p>↓</p> <p>Impuls dikirim ke thalamus korterk serebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
Nyeri akut berhubungan dengan rupture perineum derajat II	24 agustus 2021	Agustus 26 2021

RENCANA KEPERAWATAN

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut bergubungan dengan agen pencedera fisik yaitu rupture perineum derajat II	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu memperhatikan pengendalian nyeri, yang dibuktikan dengan nyeri yang berkurang dengan kriteria hasil : Nyeri berkurang dan mampu mengontrol nyeri, dan merasakan nyaman setelah dilakukan tindakan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri dengan PQRS secara komprehensif 2. Kurangi faktor presipitasi 3. Obsevasi TTV 4. Berikan posisi yang nyaman 5. Ajarkan teknik nonfarmokologis untuk mengurangi nyeri. Baca buku, nonton TV, berbicang-bincang dengan orang lain/atau keluarga 6. Berikan obat analgetik 7. Ajarkan selalu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar dapat menilai lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan faktor presipitasi 2. Dapat memberikan petunjuk dan informasi yang mendasari nyeri serta menjadi acuan untuk mengurangi nyeri ketika merencanakan intervensi keperawatan 3. Mengetahui keadaan umum pasien 4. Agar klien merasakan rileks dan nyaman 5. Membantu klien agar tidak terfokus pada nyeri 6. Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri 7. Menghindari

			menjaga area genetalia agar tidak lembab	8. terjadinya iritasi pada bagian genetalia Agar genetalia bersih dan terhindar dari kuman
--	--	--	--	---

IMPLEMENTASI

NO	Hari/tgl	Jam	Implementasi
1	Selasa 24 Agustus 2021	09.05	1. Mengkaji nyeri (PQRST) secara komprehensif Hasil : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri (6) skala sedang yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu
		09.15	2. Mengukur faktor presipitasi Hasil : klien tidak banyak bergerak
		09.35	3. Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 110/80 MmHg, Nadi 80x/menit, suhu 36.5°C, pernafasan : 20x/menit
		09.54	4. Memberikan klien posisi yang nyaman Hasil : klien berbaring dengan posisi terlentang klien merasakan nyaman dengan posisi tersebut.
		10.00 – 10.10	5. memberikan teknik relaksasi nonfarmokologi - Memberikan teknik relaksasi nafas dalam. Hasil :klien melakukan dan mengatakan nyeri agak berkurang. - Mengajarkan teknik distraksi. Hasil :klien mengatakan sebelum nyeri datang dan saat nyeri datang ia fokus menonton tv dan berbincang dengan keluarga nya.

		10.15	6. Mengkaloborasikan pemberian obat analgetik. Hasil klien meminum obat oral asam mafenamat 3x1 tiap 8 jam, yang berfungsi untuk mengurangi rasa sakit.
		10.30	7 Mengajarkan selalu menjaga area genetalia agar tidak lembab
		11.00	8.Mengajurkan menghindari menggunakan bahan apapun ktika membersihkan area genetalia kecuali air bersih
2	Rabu 25 Agustus 2021	13.10	1. Mengkajian nyeri (PQRST) secara komprehensif. Hasil : Klien mengatakan nyeri luka pada jahutan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri yang dirasakan (3) sewaktu waktu dengan durasi yang tidak menentu
		13.20	2. Mengevaluasi cara mengurangi presipitasi nyeri. Hasil : klien mengatakan tidak banyak bergerak
		13.35	3. Mengobservasi ttv. Hasil : tekanan darah 120/80 MmHg, Nadi : 84x/menit, suhu:36,5°C, pernafasan : 22x/menit.
		13.45	4. Memberikan klien posisi yang nyaman Hasil : klien berbaring dengan posisi terlentang klien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut.
		13.54	5. Mengajarkan teknik relaksasi nonfarmokologi yaitu - Melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Hasil : klien mengatakan saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam nyeri berkurang - Mengevaluasi teknik distraksi. Hasil : klien mengatakan sebelum nyeri datang dan saat nyeri datang ia fokus menonton tv dan berbincang dengan keluarga nya
		14.20	6. Mengkolaborasikan pemberian obat. Hasil : klien minum obat oral asam mafenamat 3x1 tiap 8 jam, yang berfungsi untuk mengurangi rasa sakit.

		14.25	7. mengajarkan selalu menjaga area genitalia agar tidak lembab
		14.40	8. menganjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia kecuali air bersih
3	Kamis 26 agustus 2021	08.15	1. Mengkaji karakteristik nyeri (PQRST) secara kompresif Hasil : klien mengatakan sedikit nyeri bila duduk, skala nyeri (1)
		08.20	2.Mengobservasi ttv Hasil: 120/10 MmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,5°C , pernafasan 22x/menit
		08.30	3.Mengkalaborasi pemberian obat teratur dirumah Hasil : klien telah minum obat asam mafenamat, cefadroxil,ferrous sukfate dan meminum obat secara teratur dirumah.

EVALUASI

NO	Hari/tgl	Jam	Evaluasi
1	Selasa 24 agustus	13.10	<p>Subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri (6) skala sedang yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu.</p> <p>Objektif : Klien Nampak meringis. Klien mengerutkan wajahnya</p> <p>Assesment : masalah belum teratasi</p> <p>Planning : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kaji karakteristik 2. kurangi faktor presipitasi nyeri 3. observasi TTV 4. berikan posisi nyaman 5. ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan ajarkan teknik distraksi 6. kalaborasi pemberian obat
2	Rabu 25 agustus 2021	15.00	<p>Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, skala nyeri yang (3) nyeri ringan dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang menentu</p> <p>Objektif : Klien Nampak meringis dan mengerutkan wajahnya</p> <p>Assesment : masalah belum teratasi</p> <p>Planning : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kaji karakteristik nyeri 2. faktor presipitasi nyeri 3. observasi TTV 4. memberikan obat anti nyeri
3	26 Agustus 2021	09,30	<p>Subjektif : Klien mengatakan nyeri hilang dengan skala nyeri (1) nyeri ringan</p> <p>Objektif : Klien Nampak rileks</p> <p>Assesment : masalah teratasi</p> <p>Planning : pertahankan intervensi</p>



MABELEN PENDIDIKAN TINGGI PURPONAH PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN & ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Makassar, Jl. Kangiang No. 22, Makassar, Gg. Pongkole, Makassar, Sulawesi Selatan

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Nomor : 251/05/C.4 - H/VI/04/2021
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Prov. Sul-Sel
Di,
Makassar

Assalamu'alaikum Wabrahmatullah Wabarakatuh

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Tingkat III Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar, maka dengan ini kami mohon kiranya dapat diberikan izin mengambil kasus selama 06 hari, terhitung sejak tanggal 20 - 25 Agustus 2021 di RSIA St. Khadijah 1 Makassar, kepada mahasiswanya kami:

Nama : Nurul Widyastuti
Nim : P18010
Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Ruptur Perineum Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman

Demikian penyampalan kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wabrahmatullah Wabarakatuh

Makassar, 11 Muharram 1443 H
20 Agustus 2021 M

Ka Prodi Keperawatan,

Ratna Mardiana, S.Kep., Ns., M.Kes
NIBN. 883 575

Tembusan:
1. Anip



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 19940/S.01/PTSP/2021
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSKDIA Siti Khadijah 1 Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ka. Prodi Keperawatan Fak. Kedokteran & Ilmu Kesehatan UNISMUH Makassar Nomor : 251/05/C.4-II/VIII/43/2021 tanggal 20 Agustus 2021 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : NURUL WIDYASTUTI
Nomor Pokok : P16010
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(D3)
Alamat : Jl. Ranggong No. 27, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah, dengan judul :

" PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM DENGAN RUPTUR PERINEUM DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN NYAMAN "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 23 Agustus s/d 23 September 2021

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Dokumen ini ditandatangani secara elektronik dan Surat ini dapat dibuktikan keasliannya dengan menggunakan **barcode**.

Demikian surat izin penelitian ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 23 Agustus 2021

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

Dr. JAYADINAS, S.Sos., M.Si
Pangkat : Pembina Tk.I
Nip : 19710501 199803 1 004

Tembusan Yth
1. Ka. Prodi Keperawatan Fak. Kedokteran & Ilmu Kesehatan UNISMUH Makassar di Makassar.
2. Peninggal

SIMP PTSP 23-08-2021



Jl. Bougainville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://simap.sulseprov.go.id> Email : ptsp@sulseprov.go.id
Makassar 90231



Lampiran Surat Izin Penelitian

Kepada Yth :

KETENTUAN PEMEGANG IZIN PENELITIAN :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Bupati/Walikota C q. Kepala Bappelitbangda Prov. Sulsel, apabila kegiatan dilaksanakan di Kab/Kota
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat
4. Menyerahkan 1 (satu) eksamplar hardcopy dan softcopy kepada Gubernur Sulsel. Cq. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Penelitian dan Pengembangan Daerah Prov. Sulsel
5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

REGISTRASI ONLINE IZIN PENELITIAN DI WEBSITE :

<https://izin-penelitian.sulselprov.go.id>



**RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA)
"SITTI KHADIJAH I"
MUHAMMADIYAH CABANG MAKASSAR**

Jl. R.A. KARTINI 15 - 17 TELP. (0411) 3624554, 3629245, 3627119, 3614661 FAX. 3627119
MAKASSAR SULAWESI SELATAN 90111 E-Mail : rsia.sitti.khadijah@gmail.com



Nomor : 002/DiklatRS/IV.6.AU/F/14 /20

Makassar, 14 H

Lamp :

Stm/21/08 2021M

Hal : Pengambilan Data Penelitian
Kepada Yth,
Ka. Bidang/Ka. Bagian/Ka. Instalasi/Ka. Ruang

di- PNC
Tempat

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Dengan Hormat, Mohon bantuannya untuk memberikan data / informasi yang diperlukan untuk penelitian kepada yang bersangkutan :

Nama : NURUL WIDYASTUTI
No. Telp : 082 291 027 286
NIM : 19010
Program Studi : KEPERAWATAN D3
Institusi : UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
Judul Penelitian : Penerapan asuhan keperawatan pada Pasien Post Partum Kukur Perineum dengan kebutuhan yang aman dan nyaman
Tanggal Penelitian : 29-31 Agustus 2021

Demikian, kami sampaikan atas bantuannya diucapkan banyak TERIMA KASIH dengan iringan do'a Jazaakumullahu Khairat Jazaa.

Wabillahi Taufik Wal Hidayah.
Wasalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Diklat,

Tembusan :
1. Arsip.

NURUL WIDYASTUTI P18010

by Tahap Hasil.



Submission date: 01-Sep-2021 01:06PM (UTC+0700)

Submission ID: 1639324812

File name: KTI_NURUL_WIDYASTUTI_P_18010_2.docx (234.75K)

Word count: 10087

Character count: 62152

NURUL WIDYASTUTI P18010

ORIGINALITY REPORT

25%
SIMILARITY INDEX

25%
INTERNET SOURCES

0%
PUBLICATIONS

7%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	8%
2	erdoc.pub Internet Source	3%
3	Submitted to fpptijateng Student Paper	3%
4	journal poltekkes-mks Internet Source	3%
5	harmokonersingindonersib.blogspot.com Internet Source	3%
6	repository.bku.ac.id Internet Source	2%
7	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
8	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	2%



Exclude quotes
Exclude bibliography

Exclude matches <2%





Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Nurul widyastuti
NIM : P18010
NAMA PEMBIMBING 1 : Sitti Zakiyya Putri, S.Kep., S.ST., M.Kes
NIDN : 0904047501

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing 1	TTD Pembimbing
1	Jumat / 30 April 2021	Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Htg "R" post partum dg tuptor perineum derajat II dg kebutuhan rasa aman dan Nyaman .	
2	Senin / 24 Mei 2021	Bab I Latar belakang di pendahuluan di cantumkan Htg . Kejadian post partum & tuptor perineum cari data Htg pp dan tuptor perineum derajat II .	
3	Rabu / 26 Mei 2021	Bab II. Tinjauan Pustaka . - Konsep Htg Asuhan Keperawatan kebutuhan Aman dan Nyaman . - Konsep post partum . - Konsep tuptor perineum .	
4	Senin / 31 Mei 2021	Bab III Metodologi . - Cantumkan kriteria Inklusi dan Ekskusi . - Defenisi operasionalnya	



Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

5	Senin/ 14 Juni 2021	BAB I perbaiki - Sistematis penulisan - Uraikan panduan penulisan di lustrasi - data, Hg post partum & tahun feral-hai	
6	Jumat/ 18 Juni 2021	Bab III di perbaiki - Metode penelitiannya - Defenisi op Hg - kebutuhan amn : post partum & Nyaman : rphit kemudian derajat II	
7	Senin/ 21 Juni 2021	- Siapkan outline nisan proposal - Siapkan PPT	
8	Konlat/ 23 Juli 2021	- Perbaiki "Sesuai maknanya" pengor saat nisan proposal • perlunya pengelol rphit derajat berapa? • kriteria lebih dari etologi	
9	Selasa/ 27 Juli 2021	- Siapkan untuk penelihan, - Uraikan urut penelihan - Perhatikan saat penelihan prosedur penelihan	
10	Kamis/ 5 Agustus 2021	Bab IV Pembahasan dibahas. Pengkajian s/d Evaluasi di sinkronkan dg teen dan katu kemudian bahas set rasional	
11	Sabtu/ 7 Agustus 2021	Bab V. Kesimpulan dan saran - Kesimpulan mengacu pada huan - Saran berdasarkan kesimpulan	



Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

12	Senin/ 9 Agustus 2021	Pembahasan : di bahas ser nasional hahl yg di dapatkan -	
13	Alhadi/ 29 Agustus 2021	Buat ppt. Hahl. Caturku . - Hahl Mahasiswa; Peneliti - - Hahl yg di capai - - Kesimpulan dan Saran -	
14	Senin/ 30 Agustus 2021	Urus untuk ujian hahl : - plagiat - Surat * Peneluhan -	

Mengetahui
Ka Prodi



Ratna Mahmud, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NBM : 883 575



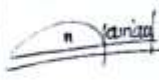
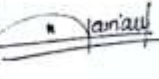
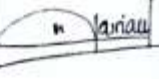


PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR


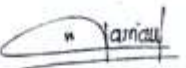
LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Nurul Widyastuti
Nim : P18010
Pembimbing II : Nasriani, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0911108604

No	Hari/ Tanggal	Rekomendasi Pembimbing II	Paraf Pembimbing II
1	Rabu. 14 juli 2021	- korus judul - judul yang di Acc : Penerapan aruhan keperawatan pada Ny .n	
2	Senin 19 juli 2021	- korus Bab 1 : pada bagian latar belakang ungkapkan alasan mengapa harus tersebut peru dieliti dan apa urgennya. - Tambahkan angka kejadian persalinan normal	
3	kamis 22 juli 2021	- perhatikan keterkaitan penulisan dan keterkaitan antar paragraf - Tambahkan data pendukung terkait angka kejadian ibu post partur dengan bang mengalami ruptur perineum	
4	Selasa 27 juli 2021	- Tambahkan referensi terkait penelitian sebelumnya yang membahas ikala nyeri ibu post partur yang mengalami ruptur perineum - perhatikan keterkaitan antar paragraf	

No	Har/Tanggal	Rekomendasi Pembimbing II	Paraf Pembimbing II
5	Kamis 29 Juli 2021	<ul style="list-style-type: none"> - korus Bab I : Tambahkan data tabel detail rupa pernuar - korus Bab II : uraian timbangan puitaka level dengan cturan di buku panduan 	
6	Sabtu, 31 Juli 2021	<ul style="list-style-type: none"> - korus Bab I (Acc) - korus Bab II : Gantikan referensi to tahun terakhir untuk buku dan r tahun terakhir untuk penelitian - perhatikan usetapka penulisan 	
7	Senin 02 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - korus Bab II (Acc) - korus Bab III : Tambahkan kriteria mltun dal ekshin'. bu pait partur primipara / multipara ? detail rupa pernuar ? stala nyen ? 	
8	Kabu 03 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - korus Bab III : perbaiki defain' operandu! - perhatikan ada penurunan citai - sinkronan antara rusukan dengan data puitaka - lengkap karpian 	
9	Kamis 05 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - korus Bab III : Acc - pshton antara lemcr wawungara dan dserenai - Tambahkan lemcr pp dan informed consent 	

No	Hari/ Tanggal	Rekomendasi Pembimbing II	Paraf Pembimbing II
10	Jumat 06 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - kaurul lampiran : Acc - kaurul materi perencanaan dasar bentuk Power point (ppt) : Acc - Mengarahkan mahasiswa terkait alur pengurusan usulan proposal 	
11	Selasa 24 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - penelitian hari Selasa : pasien dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, mengidentifikasi masalah pasien, tentukan intervensi selanjutnya 	
12	Rabu 25 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - penelitian hari kedua : tindakan sesuai intervensi - Mengetes teknik pendokumentasian mulai pengkajian sampai evaluasi 	
13	Kamis 26 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - penelitian hari ketiga : Mengecek kesesuaian antara tindakan dengan implementasi - Mengetes teknik pendokumentasian hari ketiga 	
14	Jumat 27 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - kaurul bab IV : Hasil dan pembahasan - Tambahkan beberapa teori dan penelitian sebelumnya terkait masalah yg dibahas - perhatikan sistematika penulisan 	

No	Hari/ Tanggal	Rekomendasi Pembimbing II	Paraf Pembimbing II
15	Sabtu 28 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Daftar pustaka sesuai rumus halaman yg digunakan - Tambahkan lampiran hasil pengisian - Alurak berisikan latar belakang, tujuan, metode, hasil, kesimpulan. perhatikan font dan spasi. - Daftar tabel sesuai dengan urut dan tajuknya 	
16	Senin 30 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> - huruf matri presentasi dalam bentuk ppt : Acc - Mengarahkan mahasiswa terkait alur / proses pengurusan untuk ujian akhir 	

Mengetahui
Ka. Prodi Keperawatan



Ratna Mahmud, S.Kep., Ns., M.Kes
NBM. 883 575

**DAFTAR HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
PRODI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

TAHUN 2021

Nama Pembimbing 1 : Siti Zakiyah Putri, S.Kep, Ns, M.Kes

NIDN : 0918077401

No	Nim	Mahasiswa	Per. 1	Per. 2	Per. 3	Per. 4	Per. 5	Per. 6	Per. 7	Per. 8	Per. 9	Per. 10	Per. 11	Per. 12	Per. 13	Per. 14
1	P18019	Nurul widyastuti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti	Siti

Makassar, 26 juni 2021

Mengetahui

Pembimbing 1



Siti Zakiyah Putri, S.Kep, Ns, M.Kes
NIDN: 0918077401

Ketua Kaprodi



Ratna Mahmud S.Kep, Ns, M.Kes
NBM : 883575

DAFTAR HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)
PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
TAHUN AKADEMIK 2020/2021



NO	NIM	MAHASISWA	Pertemuan I	Pertemuan II	Pertemuan III	Pertemuan IV	Pertemuan V	Pertemuan VI	Pertemuan VII	Pertemuan VIII	Pertemuan IX	Pertemuan X	Pertemuan XI	Pertemuan XII	Pertemuan XIII	Pertemuan XIV	Pertemuan V	Pertemuan XVI
1	PIBOTO	Nurul Widyastuti	1002/20/1b1	1002/20/1b1	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e	1002/20/1e

Makassar, 21 Agustus 2021

Mengetahui,
Ka. Prodi Keperawatan

Ratna Mahmud S. Kep. Ns., M. Kes.
 NBM : 883 575

Pembimbing II

Nasriani, S. Kep., Ns., M. Kes.
 NIDN : 0911108604