

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny "H" POST
PARTUM HARI I DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN
NYAMAN DI RUANG CEMPAKA RS
TK II PELAMONIA MAKASSAR**

**NUR ASYANG
P16027**



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

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny "H" POST
PARTUM HARI I DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN
NYAMAN DI RUANG CEMPAKA RS
TK II PELAMONIA MAKASSAR**

Karya Tulis Ilmiah
Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai persyaratan menyelesaikan
program pendidikan Ahli Madya Keperawatan
Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

**NUR ASYANG
P16027**



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

2021

29/01/2022

1 eq
Smb. Alumi

R/0008/PRW/220
ASY
P

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nur Asyang

Nim : P16027

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Universitas Muhammadiyah Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan atau pikiran orang lain yang saya aku 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, 25 Agustus 2021

Mengetahui,

Pembimbing 1



Zulfia Samiun, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0928088702

Pembimbing 2



St.Suarniati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0915018602

Membuat Pernyataan



Nur Asyang
NIM: 16027

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Nur Asyang dengan judul Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny "H" Post Partum Hari I Dengan Ruptur Perineum Derajat II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri) telah dipertahankan di depan penguji pada Tanggal 31 Agustus 2021

Dewan Penguji

1. Ketua Penguji

Ns. Sitti Zakiyyah Putri, S.Kep., S.ST., M.Kes
NIP : 197407182003122003
NIDN : 0918077401


2. Anggota Penguji 1:

St. Suarniati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0915018602

3. Anggota Penguji 2:

Zulfia Samiun S.Kep, Ns., M.Kes
NIDN : 0928088702

Mengetahui,
Ketua Prodi


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

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan atas ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Dan tak lupa pula kita kirimkan salam dan taslim atas junjungan Nabiullah Muhammad SAW yang menjadi tauladan kita. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Universitas Muhammadiyah Makassar.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua bantuan yang diberikan untuk penulis, kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. H Ambo Asse, M.Ag selaku Rektor Universitas Makassar
2. Prof. Dr. dr. Suryani As'sad, M.Sc., Sp.Gk selaku Dekan Fakultas Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Ratna Mahmud, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ka. Prodi Universitas Muhammadiyah Makassar

4. Ucapan terima kasih kepada Pembimbing I Ibunda Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.,Kes dan pembimbing II Ibunda St. Suarniati, S.Kep.,Ns.,M.Kes yang dengan penuh kesabaran memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan dan saran dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ucapan terima kasih yang sebanyak-banyaknya kepada para penguji Ibunda St. Suarniati, S.Kep.,Ns.,M.Kes, Ibunda Ns. Siti Zakiyah Putri, S.Kep.,S.ST.,M.Kes dan Ibunda Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.,Kes yang telah banyak memberikan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan.
6. Seluruh dosen dan staf yang telah banyak mengarahkan penulis selama dibangku kuliah, penulis mohon maaf apabila selama berada dibangku kuliah banyak salah kata dan perilaku yang mungkin kurang menyenangkan.
7. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta, serta keluarga besar penulis yang telah banyak memberikan dukungan dan motivasi, perhatian, dan doa restu kepada penulis.
8. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Departemen Maternitas, serta teman-teman angkatan 2016, yang telah banyak memberikan bantuan dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa sesungguhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis

dengan tangan terbuka dan hati yang lapang siap menerima segala masukan, saran, maupun kritikan yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini kedepannya. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi teman-teman yang membaca dan mempelajarinya.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 16 Juli 2021

Penulis



Nur Asyang

NIM :16027



Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny "H" Post Partum Hari I Dengan Ruptur Perineum Derajat II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Di Ruang Cempaka RS TK II Pelamonia Makassar

Nur Asyang

Tahun 2021

Program Studi Diploma III Keperawatan

Universitas Muhammadiyah Makassar

Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.,Kes

St. Suarniati, S.Kep.,Ns., M.Kes

Nurasyang16027@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan : angka kejadian ruptur perineum di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi 2,7 juta kasus pada ibu bersalin. Jumlah kelahiran post partum dengan ruptur perineum di ruangan cempaka RS TK II pelamonia Makassar tahun 2016 162 pasien, tahun 2017 110 pasien, pada tahun 2018 123 pasien. Ruptur perineum adalah luka perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan.

Tujuan : menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny "S" post partum normal ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri) di ruangan cempaka RS TK II Pelamonia Makassar

Metode : jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif yang disajikan dalam bentuk narasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dan menjelaskan penatalaksanaan Asuhan Keperawatan yang diterapkan.

Hasil : pengkajian yang didapatkan skala nyeri berat (7) dengan diagnosa keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis, dan diberikan tiga implementasi yaitu teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi pemberian terapi murottal Al-qur'an dan pemberian terapi obat untuk mengurangi/menghilangkan nyeri, hasil yang didapatkan yaitu nyeri teratasi setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 hari dengan skala nyeri 0 (tidak nyeri)

Kata Kunci : Nyeri ,Post Partum, Ruptur Perineum

*the Application of Nursing Care In Ny "H" Post Partum With Perineum Rupture Degree II
In Fulfilling Needs Comfortable In Space Cempaka RS TK pelamonia Makassar*

Nur Asyang
Year 2021

DIII Study Program Of Nursing
Muhammadiyah University Makassar

Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.,Kes

St. Suarniati, S.Kep.,Ns., M.Kes

Nurasyang16027@gmail.com

ABSTRACT

Introduction : the incidence of perineal rupture a round the world in 2009 occurred 2,7 million cases in childbirth mothers number of postpartum births with perineal rupture in the cempaka room at TK II pelamonia Hospital Makassar in 2016 162 patients, in 2017 110 patients, in 2018 123 patients. Perineal rupture is a perineal wound caused by natural tissue damage due to the pressure of the fetal head or shoulders during the delivery process.

Objective : the purpose of describing nursing care for Mrs. "H" post partum normal perineal rupture patients in meeting the need for a sense of security and comfort (pain) in the Cempaka room at TK II pelamonia

Method : the type of research used is descriptive which is presented in the form of narrative using the nursing approach and describes the management of nursing care

Results : The results of assessment obtained a severe pain scale (7) nursing diagnosis results are acute pain associated with biological injury, and given three implementations, namely breathing relaxation techniques in techniques in distraction techniques support for murotal Al-qur'an therapy and support for drug therapy for reduce eliminate pain, the results obtained are pain resolved after given nursing action for 3 days with a pain scale of 0 (no pain)

Keywords : pain, post partum, perineum rupture

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
ARTI LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Studi Kasus.....	3
D. Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB II TINJAUAN STUDI KASUS.....	5
A. Konsep Kebutuhan Aman Nyaman.....	5
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	5
1. Pengkajian.....	6

2. Diagnosa Keperawatan.....	17
3. Intervensi Keperawatan.....	24
4. Implementasi Keperawatan.....	31
5. Evaluasi keperawatan.....	34
C. Konsep Nyeri.....	34
1. Pengertian.....	34
2. Proses Terjadinya Nyeri.....	36
3. Pengukuran Intensitas Nyeri.....	36
4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	40
5. Penanganan Nyeri Non-farmakologi.....	43
D. Konsep Post Partum.....	45
1. Pengertian.....	45
2. Etiologi.....	47
3. Manifestasi Klinis.....	47
4. Tanda dan Gejala.....	48
5. Penatalaksanaan Medis.....	48
6. Derajat Ruptur Perineum.....	49

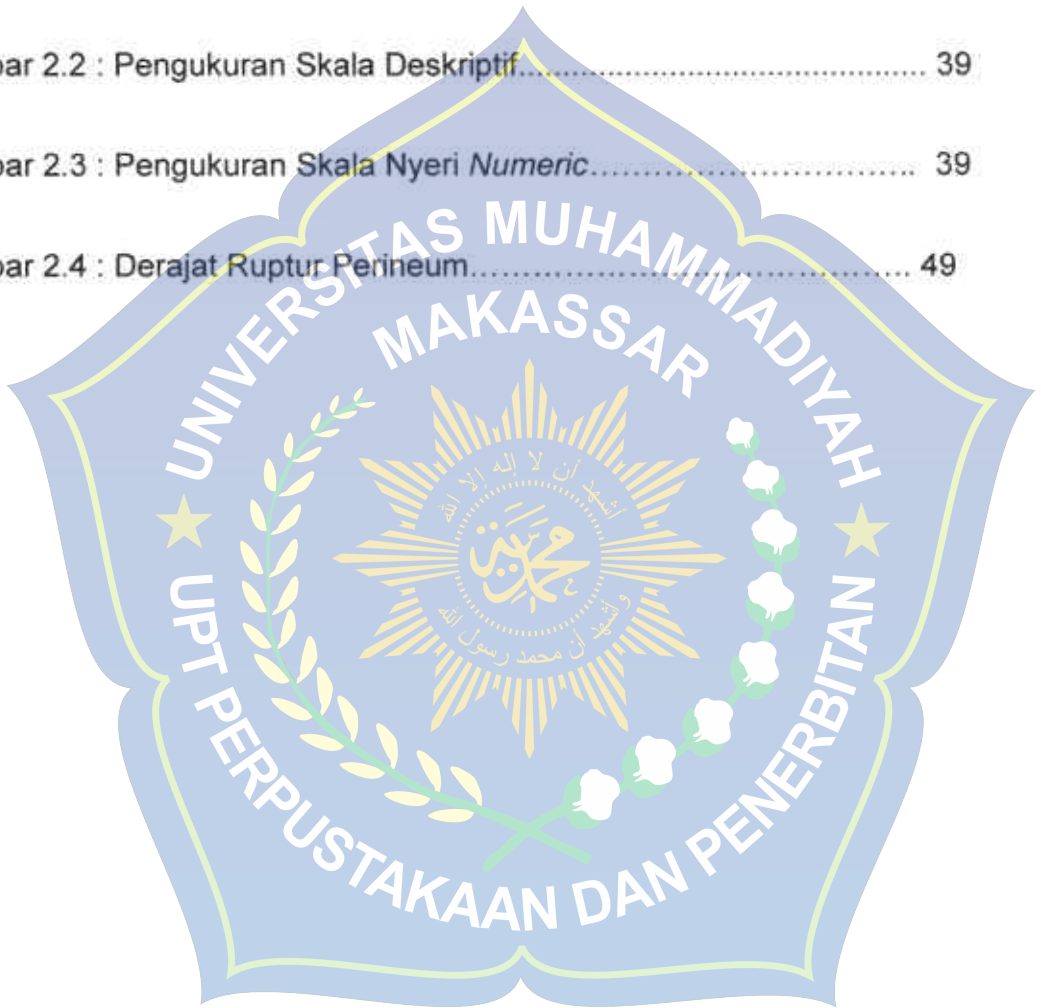
E. Asuhan keperawatan Ruptur Perineum	50
1. pengkajian	50
2. diagnosa	52
3. intervensi	52
4. implementasi	57
5. evaluasi	57
BAB III METODOLOGI KEPERAWATAN	58
A. Rancangan Penelitian	58
B. Subjek Studi Kasus	58
C. Fokus Studi Kasus	59
D. Definisi Opsional	59
E. Instrumen Penelitian	59
F. Tempat dan Waktu	60
G. Teknik Pengumpulan Data	60
H. Penyajian Data	61
I. Etika Studi Kasus	61
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	65
A. Hasil Studi Kasus	65

B. Pembahasan	77
C. Keterbatasan	83
BAB V KESIMPULAN	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	87
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Skala Nyeri.....	32
Gambar 2.2 : Pengukuran Skala Deskriptif.....	39
Gambar 2.3 : Pengukuran Skala Nyeri <i>Numeric</i>	39
Gambar 2.4 : Derajat Ruptur Perineum.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Riwayat Hidup
- Lampiran 2 : surat Izin Pengambilan Kasus
- Lampiran 3 : PSP (Persetujuan Mengikuti Penelitian)
- Lampiran 4 : Informed Consent
- Lampiran 5 : surat keterangan Selesai Meneliti
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 7 : Daftar Hadir Mahasiswa



ARTI LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH



AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency syndrome</i>
ATP	: <i>Adenosine Triphosphate</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
DKK	: Dan Kawan-kawan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IRT	: Ibu Rumah Tangga
KB	: Keluarga berencana
MIS	: Misalnya
NY	: Nyonya
PQRST	: P (pemicu), Q (kualitas), R (daerah), S (keparahan), T (waktu)
R	: Rasional
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TK	: Tingkat
Tn	: Tuan
TTV	: Tanda-tanda Vital

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keperawatan adalah proses pemenuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial, dan spiritual) dalam rentang sakit sampai dengan sehat. Salah satu bagian dalam keperawatan yaitu keperawatan maternitas (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Willis, 2014)

Keperawatan maternitas berfokus pada pengalaman dan perawatan perempuan, keluarga, dan bayi sebelum, selama dan setelah kehamilan (Johnson, 2010)

Persalinan merupakan proses alamiah yang akan berlangsung dengan sendirinya. Namun selama persalinan bisa terjadi berbagai gangguan yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Gangguan dalam proses persalinan yang sering dijumpai adalah distosia, gangguan pengeluaran plasenta, dan luka di jalan lahir/ ruptur perineum (Indiarti, 2015). Proses persalinan hampir 90% yang mengalami robekan perineum, baik dengan atau tanpa episiotomi (Antini, Trisnawati, & Darwanti, 2016)

Ruptur perineum adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. (Nugroho. Dkk, 2014).

Perineum adalah otot, kulit, dan jaringan yang ada di antara kelamin dan anus. Akibat dari trauma perineum saat persalinan menyebabkan kulit dan jaringan perineum robek (Sukarni & Wahyu, 2013)

Alin P (2011) menjelaskan dalam jurnal Afandi, dkk (2014), dampak dari terjadinya ruptur perineum pada ibu antara lain terjadinya infeksi pada luka jahitan dimana dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir. Menurut Suryani (2013), luka perineum itu sendiri akan mempunyai dampak tersendiri bagi ibu yaitu gangguan ketidaknyamanan (nyeri) (Afandi, Suhartatik, & Ferial, 2014)

Nyeri perineum bisa menjadi persoalan bagi ibu post partum karena akan menimbulkan gangguan ketidaknyamanan dan kecemasan untuk melakukan mobilisasi dini. Nyeri perineum timbul karena adanya kejadian robekan/laserasi pada saat proses melahirkan. Nyeri perineum akan dirasakan secara berbeda pada setiap ibu post partum memiliki kemampuan yang berbeda dalam beradaptasi dengan rasa nyeri (Mulati, 2017)

Kejadian ruptur perineum di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi 2,7 juta ibu bersalin mengalami ruptur perineum (Suryani, 2013)

Prevalensi ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum di Indonesia pada golongan umur 25-30 tahun yaitu 24% sedang pada ibu

bersalin usia 32-39 tahun sebesar 62% (Afandi, Suhartatik, & Ferial, 2014)

Menurut (Kholifah, 2018) jumlah kelahiran post partum normal dengan ruptur perineum di Ruang Cempaka RS TK II Pelamonia Makassar tahun 2016 sebanyak 162 pasien, tahun 2017 sebanyak 110 pasien, tahun 2018 sampai pada tanggal 11 Mei sebanyak 123 pasien ibu post partum dengan ruptur perineum.

Berdasarkan latar belakang di atas dalam penelitian ini melakukan studi kasus yang berjudul "penerapan asuhan keperawatan post partum dengan ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman".

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari studi kasus ini yaitu bagaimanakah gambaran penerapan asuhan keperawatan pasien post partum dengan ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman ?

C. Tujuan Studi Kasus

Tujuan dari studi kasus ini yaitu menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pasien post partum dengan ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman

D. Manfaat Studi Kasus

1. Masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini mampu menjadi sumber informasi pada masyarakat tentang bagaimana penerapan asuhan

keperawatan pada pasien post partum dengan ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman.

3. Penulis

Memperoleh pengalaman berharga untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan pemenuhan asuhan keperawatan kebutuhan rasa aman nyaman pada pasien post partum dengan ruptur perineum.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Aman Nyaman

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan baik keseimbangan fisiologis maupun psikologis.

Potter dan Perry (2006) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri) (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

Rasa nyaman dibutuhkan oleh setiap individu. Dalam konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan.

Salah satu kebutuhan klien adalah bebas dari rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyaman yang bersifat individu. Klien merespon rasa nyeri dengan beragam cara misalnya teriak, menangis, dan lain-lain. Oleh karena nyeri bersifat subjektif, maka perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang dialami klien. Itulah sebabnya diperlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri.

Definisi nyeri setiap individu memberikan persepsi yang berbeda terhadap rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain (Sutanto, 2017)

B. Asuhan Keperawatan dalam Kebutuhan Rasa Aman Nyaman

1. Pengkajian

a. Pengkajian keperawatan pada masalah nyeri dengan memperhatikan tanda-tanda verbal dan non-verbal, secara umum mencakup lima hal, yaitu pemicu nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri, dan waktu serangan. Cara mudah untuk mengingatnya adalah dengan PQRSST.

P : (pemicu), yaitu faktor yang menimbulkan nyeri dan mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.

Q : (kualitas nyeri), misalnya rasa tajam atau tumpul

R : (daerah/lokasi), yaitu perjalanan ke daerah lain

S : (keparahan), yaitu intensitas nyeri

T : (waktu), yaitu jangka waktu serangan dan frekuensi nyeri (Saputra, 2013)

1) Pengkajian data fisik dan psikososial

a) pengkajian data fisik

(1) Melakukan pemeriksaan fisik dan pengkajian psikososial terhadap ibu, ayah dan anggota keluarga

(2) Mendeteksi adanya penyimpangan dari kondisi yang normal

(3) Dari masa prenatal, kaji masalah kesehatan selama kehamilan yang pernah timbul, seperti : anemia, hipertensi dalam kehamilan dan diabetes

(4) Kaji proses persalinan, lama dan jenis persalinan, kondisi selaput dan cairan ketuban, respon bayi terhadap persalinan, obat-obatan yang digunakan, respon keluarga khususnya ayah pada persalinan dan kelahiran.

(5) Dilakukan segera pada masa immediate postpartum, seperti: observasi tanda-tanda vital, keseimbangan cairan, pencegahan kehilangan darah yang abnormal dan eliminasi urin.

b) Pengkajian data psikososial

Respon ibu dan suami terhadap kelahiran bayi pola hubungan ibu, suami dan keluarga kehidupan spiritual dan ekonomi keluarga kepercayaan dan adat istiadat.

Adaptasi psikologi ibu setelah melahirkan, pengalaman tentang melahirkan, apakah ibu pasif atau cerewet, atau sangat kalm.

Pola koping, hubungan dengan suami, hubungan dengan bayi, hubungan dengan anggota keluarga lain, dukungan sosial dan pola komunikasi termasuk potensi keluarga untuk memberikan perawatan kepada klien, adakah masalah perkawinan, ketidakmampuan merawat bayi baru lahir, krisis keluarga.

★ Blues: perasaan sedih, kelelahan, kecemasan, bingung dan mudah menangis.

Depresi: konsentrasi, minat, perasaan kesepian, ketidakamanan, berfikir obsesif, rendahnya emosi yang positif, perasaan tidak berguna, kecemasan yang berlebihan pada dirinya atau bayinya, sering cemas saat hamil, bayi rewel, perkawinan yang tidak bahagia, suasana hati yang tidak bahagia, kehilangan kontrol, perasaan bersalah, merenungkan tentang kematian, kesedihan yang berlebihan, kehilangan nafsu makan, insomnia, sulit berkonsentrasi.

Kultur yang dianut termasuk kegiatan ritual yang berhubungan dengan budaya pada perawatan post partum, makanan atau minuman, menyendiri bila

menyusui, pola seksual, kepercayaan dan keyakinan, harapan dan cita-cita.

(Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2014)

2) Riwayat kesehatan ibu

a) Riwayat kesehatan lalu

Kaji apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit yang dianggap berpengaruh pada kondisi kesehatan saat ini. Misalnya penyakit-penyakit degeneratif, (jantung, DM, dll), infeksi saluran kencing.

b) Riwayat penyakit keturunan dalam keluarga

Kaji apakah di dalam silsilah keluarga ibu mempunyai penyakit keturunan. Misalnya diabetes melitus, dan penyakit keturunan lainnya.

c) Riwayat penyakit menular dalam keluarga

Kaji apakah keluarga ibu mempunyai riwayat penyakit menular. Misalnya TBC, hepatitis, dan HIV/AIDS.

d) Riwayat KB dan perencanaan keluarga

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga di masa mendatang.

3) Kebiasaan sehari-hari.

(1) Pola nutrisi :

Pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, konsumsi snack (makanan ringan), nafsu makan, pola minum, jumlah dan frekuensi.

(2) Pola istirahat dan tidur :

Lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-remang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum).

(3) Pola eliminasi :

Apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya involunter pengeluaran urin), hilangnya kontrol blas, terjadinya over distensi blas atau tidak atau retensi urin karena rasa takut luka episiotomi, apakah perlu bantuan saat BAK, pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet.

(4) Personal hygiene :

Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut, dan kebersihan genetalia, pola berpakaian, tata rias rambut, dan wajah.

(5) Aktivitas :

Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri, dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja dan menyusui.

(6) Rekreasi dan hiburan :

★ Situasi atau tempat yang menyenangkan, kegiatan yang membuat fresh dan rileks.

(Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2014)

4) Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari. Bidan bertanggung jawab mengkaji risiko preeklampsia postpartum, komplikasi yang relatif jarang, tetapi serius, jika peningkatan tekanan darah signifikan.

b) Suhu

Suhu maternal kembali dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama postpartum. Perhatikan adanya kenaikan suhu sampai 38 derajat pada hari kedua sampai hari kesepuluh yang menunjukkan adanya morbiditas puerperalis.

c) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal selama beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat.

d) Pernapasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama postpartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, seperti eksaserbasi asma, dan emboli paru.

e) Keadaan umum :

Tingkat energi, self esteem, tingkat kesadaran.

f) Kepala, wajah dan leher :

Periksa ekspresi wajah, adanya oedema, sklera dan konjungtiva mata, mukosa mulut, adanya pembesaran limfe, pembesaran kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis.

g) Dada dan payudara :

Auskultasi jantung dan paru-paru sesuai indikasi keluhan ibu, atau perubahan nyata pada penampilan atau tanda-tanda vital. Pengkajian payudara pada periode awal post partum meliputi penampilan, pembesaran, simetris, pigmentasi warna kulit, keadaan areola dan integritas puting, posisi bayi pada payudara, stimulation nipple erexi adanya kolostrum, apakah payudara berisi susu, kepenuhan atau kebengkakan, benjolan, nyeri, dan adanya sumbatan ductus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial. Perabaan pembesaran kelenjar getah bening diketiak.

h) Abdomen dan uterus

Evaluasi abdomen terhadap involusi uterus, teraba lembut, tekstur Doughy (kenyal), musculus rectus abdominal utuh (intact) atau terdapat diastasis recti dan

kandung kemih, distensi, striae, untuk involusi uterus
periksa kontraksi uterus, konsistensi (keras, lunak,
boggy), perabaan distensi blas, posisi dan tinggi fundus
uteri : tinggi fundus uterus, lokasi, kontraksi uterus, nyeri.

i) Genitalia :

Pengkajian perineum terhadap memar, oedema,
hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi,
pemeriksaan type, kuantitas dan bau lokhea.
Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid.

j) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya oedema,
nyeri tekan atau panas pada betis adanya tanda homan,
refleks. Tanda homan didapatkan dengan meletakkan
satu tangan pada lutut ibu, dan dilakukan tekanan ringan
untuk menjaga tungkai tetap lurus. Dorsofleksi kaki
tersebut jika terdapat nyeri pada betis maka tanda
homan positif.

k) Perubahan psikologis

Setelah proses persalinan, terjadi perubahan yang
dramatis bagi seorang ibu, dimana ia kini mempunyai
bayi yang harus dilindungi dan dipenuhi kebutuhannya.
Dalam perubahan psikologis terdapat beberapa periode :

(1) Periode taking in

(a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah kelahiran, ibu pasif dan tergantung, dia khawatir akan tubuhnya

(b) Ibu akan mengulang-ngulang pengalamanku waktu bersalin dan melahirkan

(c) Tidur tanpa gangguan sangat penting, bila ibu ingin mencegah gangguan tidur, pusing, interference dengan proses pengembalian keadaan normal.

(d) Peningkatan nutrisi

(2) Periode taking hold

(a) Periode ini berlangsung pada hari 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab bayinya.

(b) Ibu konsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, buang air kecil, buang air besar, kekuatan, dan ketahanan tubuhnya.

(c) Ibu berusaha keras untuk menguasai tentang keterampilan tentang perawatan bayi

misalnya : menggendong, menyusui, memandikan dan memasang popok

(d) Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan dan perawat karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi.

(3) Periode letting go

(a) Terjadi setelah dirumah

(b) Tanggung jawab ibu dalam merawat bayi.

(Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Willis, 2014)

5) Data pengetahuan/ perilaku ibu

(a) Kaji pengetahuan ibu yang berhubungan dengan perawatan bayi, perawatan nifas, asi eksklusif cara menyusui, KB serta hal-hal lain yang penting diketahui ibu dalam masa nifas dan menyusui. Pengetahuan ibu dan keluarga tentang peran menjadi orang tua dan tugas-tugas perkembangan kesehatan keluarga, pengetahuan perubahan involusi uterus, perubahan fungsi blass dan bowel. Pengetahuan tentang keadaan

umum bayi, tanda vital bayi, perubahan karakteristik feses bayi, kebutuhan emosional dan kenyamanan, kebutuhan minum, perubahan kulit.

(b) Keterampilan melakukan perawatan diri sendiri (nutrisi dan personal hygiene, payudara) dan kemampuan melakukan perawatan bayi (perawatan tali pusat, menyusui, memandikan, dan mengganti baju/popok bayi, membina hubungan tali kasih, cara memfasilitasi hubungan bayi dengan ayah, dengan sibling dan kaka/nenek)

(c) Keamanan bayi saat tidur, diperjalanan, mengeluarkan secret dan perawatan saat tersedak atau mengalami gangguan ringan. Pencegahan infeksi dan jadwal imunisasi.

(Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Willis, 2014)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk pasien yang mengalami ketidaknyamanan atau nyeri adalah sebagai berikut.

1. Menurut Wilkinson (2016) nyeri akut adalah pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah seperti kerusakan (*international association for the study of pain*); awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas

ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan durasinya kurang dari enam bulan.

Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera (misal biologis, zat kimia, fisik, psikologis) :

- a) Trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran
- b) Trauma jaringan dan refleks spasme otot karena gangguan muskuloskeletal, gangguan vaskuler, gangguan visceral, kanker, dan lain-lain
- c) Kram perut, muntah dan diare karena influenza, gastroenteritis, ulkus lambung, dan lain-lain
- d) Infamasi, misalnya pada saraf, sendi, dan tendon otot
- e) Infamasi dan spasme otot polos, misalnya karena batu ginjal atau infeksi saluran pencernaan
- f) Trauma jaringan dan spasme otot polos, misalnya karena pembedahan, kecelakaan, terbakar, dan irisdagnostik
- g) Demam dan respon alergi
- h) Iritan bahan kimia.

Batasan karakteristik :

Subjektif :

Melaporkan (nyeri) dengan isyarat (misalnya, menggunakan skala nyeri).

Objektif :

- a) Respon otonom (mis, diaforesis; perubahan tekanan darah, pernapasan, atau denyut jantung; dilatasi pupil)
- b) Perilaku distraksi (mis, mondar-mandir, mencari orang dan/atau aktivitas lain, aktivitas berulang)
- c) Perilaku ekspresif (mis, gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsangan, dan menghela napas panjang)
- d) Wajah topeng
- e) Sikap melindungi
- f) Fokus menjemput (mis, gangguan persepsi waktu, gangguan proses pikir, interaksi dengan orang lain atau lingkungan menurun)
- g) Bukti nyeri yang diamati
- h) Posisi untuk menghindari nyeri
- i) Perilaku menjaga atau sikap melindungi
- j) Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerak tidak teratur atau tidak menentu, dan menyeringai).

(Wilkinson, 2016)

2. Menurut Wilkinson (2016) nyeri kronis adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan, akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan dengan istilah (*international association for the study of pain*), awitan yang

tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya lebih dari enam bulan

Nyeri kronis berhubungan dengan :

Biofisik

- a) Distensi lambung
- b) Gangguan biokimia (mis., uremia, ketoasidosis diabetik)
- c) Iritasi gastrointestinal
- d) Kehamilan
- e) Labirinitis
- f) Mabuk perjalanan
- g) Meningitis
- h) Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)
- i) Penyakit esofagus
- j) Penyakit meniere
- k) Peregangan kapsula hati
- l) Penyakit pankreas
- m) Peregangan kapsul limfa
- n) Program pengobatan
- o) Tumor intra abdomen
- p) Tumor terlokalisasi (mis., neuroma akustik, tumor otak, metastasis tulang)


Situasional

- a) Ansietas
- b) Gangguan psikologis
- c) Rasa makanan atau minuman yang tidak enak
- d) Stimuli lingkungan yang tidak menyenangkan
- e) Stimuli penglihatan yang tidak menyenangkan
- f) Takut.

(Herdman & Kamitsuru, 2015)

Batasan karakteristik :

- a) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (mis., neonatal infant pain scale, pain assessment checklist for senior with limited ability to communication)
- b) Diaforesis
- c) Dilatasi pupil
- d) Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis)
- e) Fokus menyempit (mis., persepsi waktu, interaksi dengan orang dan lingkungan)
- f) Fokus pada diri sendiri

- 
- g) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala wong-baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)
 - h) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri (mis., McGill pain Questionnaire, brief pain inventory)
 - i) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan)
 - j) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., gelisah, merengek, menangis, waspada)
 - k) Perilaku distraksi
 - l) Perubahan pada parameter fisiologis (mis., tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, saturasi oksigen, dan *end-tidal* karbon dioksida [CO₂])
 - m) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
 - n) Perubahan selera makan
 - o) Putus asa
 - p) Sikap melindungi area nyeri
 - q) Sikap tubuh melindungi.

(Herdman & Kamitsuru, 2015)

Diagnosa keperawatan pada pasien post partum dengan gangguan ketidaknyamanan (nyeri)

a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan :

Batasan karakteristik :

- 1) Perubahan selera makan
- 2) Perubahan tekanan darah
- 3) Perubahan frekuensi jantung
- 4) Perubahan frekuensi pernapasan
- 5) Laporan isyarat
- 6) Diaforesis
- 7) Perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)
- 8) Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)
- 9) Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar, atau tetap pada satu fokus meringis)
- 10) Sikap melindungi area nyeri
- 11) Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
- 12) Indikasi nyeri yang dapat diamati
- 13) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- 14) Sikap tubuh melindungi
- 15) Dilatasi pupil

16) Melaporkan nyeri secara verbal

17) Gangguan tidur

(Nurarif & Kusuma, 2015)

b. Gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan *afterpain*

(Mitayani, 2009)

3. Perencanaan keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens-agens penyebab cedera (mis., biologis, kimia, fisik dan psikologis)

1) Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu memperhatikan pengendalian nyeri, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (1-5 : tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering atau selalu)

2) Kriteria hasil

- a) Mengenali awitan nyeri
- b) Menggunakan tindakan pencegahan
- c) Melaporkan nyeri dapat dikendalikan
- d) Menunjukkan tingkat nyeri
- e) Menunjukkan ekspresi nyeri pada wajah
- f) Menunjukkan episode durasi nyeri.

(Wilkinson, 2016)

3) Intervensi dan rasional

- a) Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.

R : untuk membantu dalam melakukan intervensi selanjutnya

- b) Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi (mis., relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase)

R : untuk membantu pasien agar tidak berfokus pada nyeri

- c) Libatkan keluarga dalam modalitas pereda nyeri, jika memungkinkan kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (mis., suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)

R : peran keluarga sangat membantu dalam penyembuhan dan pengendalian nyeri

- d) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik

R : meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

(Wilkinson, 2016)

b. Nyeri kronik

1) Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan nyeri : efek merusak, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5 ekstrem, berat, sedang, ringan , atau tidak ada)

2) Kriteria hasil

- a) Menyatakan secara verbal pengetahuan tentang cara alternatif untuk meredakan nyeri
- b) Melaporkan bahwa tingkat nyeri pasien dipertahankan pada atau kurang
- c) Melaporkan menikmati aktivitas senggang
- d) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis
- e) Mengenali faktor-faktor yang meningkatkan nyeri dan melakukan tindakan pencegahan nyeri.

(Wilkinson, 2016)

3) Intervensi dan rasional

- a) Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.

R : untuk membantu dalam melakukan intervensi selanjutnya

b) Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi (mis., relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase)

R : untuk membantu pasien agar tidak berfokus pada nyeri

c) Manajemen alam perasaan

R : memberikan keamanan, stabilitas, pemulihan, dan pemeliharaan pada pasien yang mengalami disfungsi alam perasaan baik depresi maupun peningkatan alam perasaan

d) Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat

R : untuk memfasilitasi peredaan nyeri

e) Libatkan keluarga dalam modalitas pereda nyeri, jika memungkinkan kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (mis., suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)

R : peran keluarga sangat membantu dalam penyembuhan dan pengendalian nyeri

f) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik

R : meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.

(Wilkinson, 2016)

c. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan

1) Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan nyeri : efek merusak, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5 ekstrem, berat, sedang, ringan, atau tidak ada)

2) Kriteria Hasil :

a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)

b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)

d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

3) Intervensi dan Rasional

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi

R : untuk membantu dalam melakukan intervensi selanjutnya

- b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

R : untuk mengetahui skala nyeri

- c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

R : untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

- d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon pasien

R : bimbingan antisipasi dapat membantu pasien

- e) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

R : peran keluarga sangat membantu dalam penyembuhan dan pengendalian nyeri

- f) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan

R : membantu pasien untuk lebih tenang

- g) Ajarkan teknik non-farmakologi

R : untuk membantu pasien agar tidak berfokus pada nyeri

h) Tingkatkan istirahat

R : untuk memfasilitasi peredaan nyeri

i) Kolaborasi dengan dokter jika keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

R : meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien
(Nurarif & Kusuma, 2015)

d. Gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan *afterpain*

1) Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan nyeri : efek merusak, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5 ekstrem, berat, sedang, ringan atau tidak ada)

2) Kriteria Hasil :

a) Menyatakan secara verbal pengetahuan tentang cara alternatif untuk meredakan nyeri

b) Melaporkan bahwa tingkat nyeri pasien dipertahankan pada atau kurang

3) Intervensi dan Rasional

a) Jelaskan fisiologi *afterpain* normal pada ibu

R : untuk memberikan pengetahuan umum pada pasien

b) Berikan motivasi pada ibu untuk berkemih secara teratur

R : menerapkan pola berkemih secara teratur menghindari distensi kandung kemih.

c) Tutupi abdomen ibu dengan selimut

R : agar privasi ibu terlindungi

d) Berikan analgetik sesuai resep dokter

R : meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien

e) Berikan dorongan untuk melakukan teknik relaksasi

R : untuk membantu pasien agar tidak berfokus pada nyeri (Mitayani, 2009)

C. Implementasi keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens-agens penyebab cedera (mis., biologis, kimia, fisik dan psikologis)

a) Mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.

b) Menganjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi (mis., relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi,

terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase)

- c) Melibatkan keluarga dalam modalitas pereda nyeri, jika memungkinkan kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (mis., suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)
- d) Mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik.

2. Nyeri kronik

- a) Mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.
- b) Menganjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi (mis., relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase)
- c) Memanajemen alam perasaan
- d) Meningkatkan istirahat dan tidur yang adekuat
- e) Melibatkan keluarga dalam modalitas pereda nyeri, jika memungkinkan kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (mis., suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)

- f) Mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik
3. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan
- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
 - Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
 - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
 - mengkaji kultur yang mempengaruhi respon pasien
 - Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
 - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan
 - Mengajarkan teknik non-farmakologi
 - Meningkatkan istirahat
 - Mengelaborasi dengan dokter jika keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
4. Gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan *afterpain*
- menjelaskan fisiologi *afterpain* normal pada ibu
 - memberikan motivasi pada ibu untuk berkemih secara teratur
 - menutupi abdomen ibu dengan selimut

- d) memberikan analgetik sesuai resep dokter
- e) memberikan dorongan untuk melakukan teknik relaksasi.

D. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai. (Mitayani, 2009)

Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan dan implementasi. Klien adalah fokus evaluasi. Langkah-langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan adalah menganalisis respon klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan di masa depan. (Rosdahl, 2014)

Evaluasi keperawatan pada masalah nyeri dapat dinilai dari kemampuan pasien dalam merespon serangan nyeri, hilangnya rasa nyeri, menurunnya intensitas nyeri, terdapat respon fisiologis yang baik, dan kemampuan untuk menjalankan kegiatan sehari-hari tanpa keluhan nyeri (Saputra, 2013)

E. Nyeri Pada Post Partum Normal Rupture Perineum

1. Pengertian

- a) Nyeri merupakan pengalaman yang sangat tidak menyenangkan yang dirasakan seseorang terhadap stimulus tertentu dan tidak dapat dibagi kepada orang lain. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak

menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang nyata dan potensial (Indrayani & Djami, 2013)

- b) Menurut Long (1996) : nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Saputra, 2013)
- c) Menurut Priharjo (1992) : secara umum, nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Saputra, 2013)
- d) Menurut Mc. Coffey (1979) : nyeri merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya (Saputra, 2013)
- e) Menurut Arthur C. Curton (1983) : nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri (Saputra, 2013)
- f) Menurut Wolf Weefsel Fuerst (1974) : nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan (Saputra, 2013)
- g) Menurut International Association For Study of Pain (IASP) : nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan

jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Saputra, 2013)

2. Proses terjadinya nyeri

Rasa nyeri pada persalinan terjadi karena kontraksi uterus dalam kala pengeluaran janin. Dalam persalinan normal, saat awal persalinan sampai pembukaan lengkap akan berlangsung 12-18 jam, dilanjutkan kala pengeluaran janin sampai pengeluaran plasenta. Rasa nyeri ini dipengaruhi oleh kelelahan, keletihan, kecemasan, dan rasa takut yang akan menyebabkan peningkatan rasa nyeri.

Situasi dan kondisi dalam menghadapi nyeri ini sangat individual, sehingga menyebabkan pengalaman rasa nyeri berbeda antara satu wanita dengan yang lain, demikian pula antara persalinan pertama dengan persalinan berikutnya pada wanita yang sama. Rasa nyeri selama proses persalinan mengakibatkan pengeluaran adrenalin. Pengeluaran adrenalin ini akan mengakibatkan pembuluh darah yang membawa oksigen ke uterus dan mengakibatkan penurunan kontraksi uterus yang akan menyebabkan memanjangnya waktu persalinan, sehingga menghilangkan rasa takut dan nyeri selama proses persalinan menjadi hal yang cukup penting.

(Indrayani & Djami, 2013)

3. Pengukuran intensitas nyeri.

Intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara, antara lain dengan menggunakan skala nyeri menurut Hayward, skala nyeri menurut McGill (McGill Scale), dan skala wajah atau Wong-Baker FACES Rating Scale (Saputra, 2013).

a. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : sangat nyeri, tetapi dapat dikendalikan dengan aktivitas yang biasa dilakukan

10 : sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan

b. Skala nyeri menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri McGill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (0-5) yang menurutnya paling

menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut.

- 0 : tidak nyeri
- 1 : nyeri ringan
- 2 : nyeri sedang
- 3 : nyeri berat atau parah
- 4 : nyeri sangat berat
- 5 : nyeri sangat berat

c. Skala wajah atau Wong-Baker FACES Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia (Saputra, 2013)



Gambar 2.1

d. 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".



Gambar 2.2

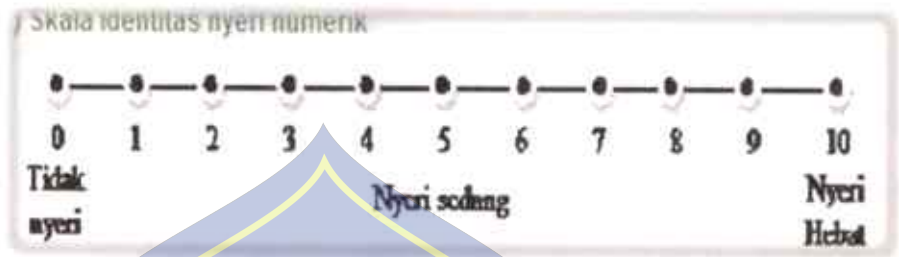
Ket :

- 0 : tidak nyeri
- 1-3 : nyeri ringan
- 4-6 : nyeri sedang
- 7-9 : nyeri berat terkontrol
- 10 : nyeri berat tidak terkontrol

(Wahyudi, Setiya, & Wahid, 2016)

e. 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.



Gambar 2.3

Keterangan :

0 : tidak ada Nyeri

1-5 : nyeri sedang

6-10 : nyeri hebat

(Wahyudi, Setiya, & Wahid, 2016)

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri.

Banyak faktor yang mempengaruhi nyeri selama persalinan.

Faktor tersebut terdiri dari faktor fisik, sosial, dan psikososial yang meliputi paritas, prosedur mekanik, kecemasan, kelelahan, ketakutan, dan mekanisme coping.

1) Paritas

Paritas mempengaruhi persepsi terhadap nyeri persalinan karena primipara mempengaruhi proses persalinan yang lebih lama dan lebih melelahkan dibandingkan dengan multipara. Hal ini disebabkan karena serviks pada klien primipara memerlukan tenaga yang lebih besar untuk mengalami peregangan karena pengaruh intensitas kontraksi lebih besar selama kala I persalinan.

Selain itu, pada ibu dengan primipara menunjukkan peningkatan kecemasan dan keraguan untuk mengantisipasi rasa nyeri selama persalinan.

2) Prosedur medik

Prosedur medik seperti induksi dan augmentasi pada persalinan mempengaruhi respon klien terhadap nyeri selama persalinan. Oksitosin salah satu obat yang sering digunakan untuk induksi dan augmentasi selama persalinan yang menyebabkan kontraksi lebih kuat dan tidak nyaman. Prosedur lain yang dapat membuat ketidaknyamanan adalah posisi supine, yaitu pada saat penggunaan sabuk abdomen untuk monitor keamanan fetal, pembatasan perubahan posisi atau berjalan dan penggunaan prosedur yang dapat menyebabkan kontraksi usus dan uterus.

3) Kecemasan dan ketakutan.

Kecemasan merupakan perasaan subjektif yang dialami seseorang. Umumnya kecemasan akan timbul pada pengalaman baru yang menegangkan, termasuk pada pasien yang akan menghadapi persalinan. Kecemasan berpengaruh terhadap respon nyeri, hal ini dibuktikan melalui penemuan hasil laboratorium dan klinik yang dilakukan selama 3 tahun terakhir menunjukkan bahwa takut dan kecemasan merupakan faktor yang paling tinggi dalam

meningkatkan penggunaan analgesia. Cemas dan takut yang berlebihan akan memperbesar sensitivitas terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan ibu untuk mentoleransi nyeri. Ketika pikiran dijangkiti oleh rasa takut/cemas, sistem saraf otonom akan membuat tubuh bereaksi secara mendalam, jantung akan berdetak lebih keras dan cepat, nadi dan frekuensi nafas akan meningkat, proses pencernaan dan yang berhubungan dengan usus akan berhenti, pembuluh darah berkonstriksi, tekanan darah meningkat, kelenjar adrenal melepas adrenalin dalam darah dan dialirkan keseluruh tubuh sehingga menjadi tegang dan meningkatkan sensitivitas nyeri.

4) Kelelahan.

Kelelahan merupakan suatu mekanisme perlindungan tubuh sebagai respon terhadap kerusakan tubuh. Ada dua macam kelelahan yaitu kelelahan otot dan kelelahan umum. Kelelahan otot adalah suatu keadaan saat otot tidak dapat berkontraksi secara cepat dan kuat atau bahkan tidak dapat berkontraksi sama sekali, umumnya terjadi pada seseorang yang mempunyai aktivitas fisik yang padat, sedangkan kelelahan umum adalah kelelahan yang mencakup aspek subjektif, perilaku dan fisik.

Kelelahan otot dan kelelahan umum disebabkan oleh faktor-faktor yang berbeda. Faktor penyebab kelelahan otot diantaranya adalah pengosongan ATP, pengosongan simpanan glikogen otot, akumulasi asam laktat, sedangkan faktor penyebab kelelahan umum adalah kurang tidur, kekurangan energi, depresi, kelebihan kafein, penyakit jantung, diabetes dan dehidrasi.

5) Mekanisme coping.

Mekanisme coping merupakan cara yang digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Secara normal, ibu dapat belajar mengatasi nyeri secara teratur. Ibu yang sebelumnya mengalami persalinan yang lama dan sulit akan mengalami cemas yang berlebihan terhadap persalinan berikutnya, akan tetapi pengalaman melahirkan sebelumnya tidak selalu berpengaruh buruk terhadap kemampuannya untuk mengatasi nyeri. Lingkungan yang mendukung dapat mempengaruhi persepsi ibu terhadap nyeri. Dukungan selama persalinan membuat menurunkan cemas dan meningkatkan kemampuan ibu untuk menangani ketidaknyamanan dan ketidakefektifan metode pengurangan nyeri yang lain (Indrayani & Djami, 2013)

5. Penanganan Nyeri Non-farmakologi.

a. Kompres dingin

Hasil penelitian Putri dkk (2016), Pengaruh kompres dingin terhadap tingkat nyeri luka perineum pada ibu nifas di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul terdapat pengaruh kompres dingin terhadap tingkat nyeri luka perineum pada ibu nifas. Cara kerja dari kompres dingin adalah dengan pelepasan endorphen, sehingga memblok transmisi serabut saraf sensorik A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A berdiameter kecil, sehingga gerbang siap menutup transmisi impuls nyeri (Putri & Prihatiningsih, 2016)

b. Terapi Murottal Al-qur'an

Hasil penelitian Retna k (2016), tentang pengaruh terapi Murottal Al-qur'an terhadap penurunan nyeri pada ibu bersalin di Puskesmas Wilayah Kabupaten Banjarnegara adanya perbedaan yang bermakna antara nyeri sebelum dan sesudah terapi Murottal pada ibu bersalin normal di Puskesmas Wilayah Banjarnegara. Terapi bacaan Al-qur'an ketika diperdengarkan pada orang atau pasien akan membawa 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. Elzaky (2011), menjelaskan dari ilmu kedokteran dan fisiologi, suara/bacaan ayat-ayat Al-qur'an

akan berpengaruh sangat besar terhadap kesehatan tubuh. Penelitian ini didukung oleh FMIPA UNPAD tahun 2006-2009 bahwa mendengarkan Al-qur'an akan memiliki serangkaian manfaat bagi kesehatan antara lain meredakan stress, meningkatkan relaksasi, meningkatkan sistem kesehatan tubuh bagi orang yang membaca atau mendengarkan, sehingga terapi Al-qur'an memberikan efek menakjubkan (Retna, Rono, & Hani, 2016)

D. Konsep Post Partum Normal Rupture Perineum

1. Pengertian

- a) Persalinan merupakan proses alamiah yang akan berlangsung dengan sendirinya. Namun selama persalinan bisa terjadi berbagai gangguan yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Gangguan dalam proses persalinan yang sering dijumpai adalah distosia, gangguan pengeluaran plasenta, dan luka di jalan lahir (Indiarti, 2015)
- b) Robekan perineum adalah salah satu trauma yang paling sering diderita oleh wanita saat melahirkan, bahkan proses persalinan yang dianggap normal (Sondakh, 2013)
- c) Perlukaan jalan lahir merupakan perlukaan yang terjadi pada jalan lahir saat atau setelah terjadinya persalinan yang biasanya ditandai oleh perdarahan pada jalan lahir (Walyani & Purwoastuti, 2014)

2. Etiologi

- a) Adanya trauma pada perut bagian bawah, panggul, genitalia eksternal maupun perineum
- b) Cedera eksternal
- c) Fraktur pelvis : ruptur uretra pars membranacea
- d) Trauma selangkangan : ruptur uretra pars bulbosa
- e) Iatrogenik : pemasangan kateter foley yang salah
- f) Persalinan lama
- g) Ruptur yang spontan.
- h) Kepala janin terlalu cepat lahir
- i) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- j) Distosia bahu

3. Manifestasi klinis

- a) Perdarahan per-uretra post trauma.
 - 1) Retensi urine
 - 2) Merupakan kontraindikasi pemasangan kateter
 - 3) Lebih khusus : pada posterior dan anterior
 - 4) Pada posterioo
 - (a) Perdarahan per uretra
 - (b) Retensi urine
 - (c) Pemeriksaan rektal tuse : floating prostat
 - (d) Uretrografi : ekstravasasi kontras dan adanya fraktur pelvis

5) Pada anterior

- (a) Perdarahan per-urethral/hematuria
- (b) Sleeve hematoma/butterfly hematoma
- (c) Kadang terjadi retensi urin.

4. Tanda dan gejala

a) Robekan pada jalan lahir

- 1) Perdarahan segera
- 2) Darah yang segar mengalir segera setelah bayi lahir
- 3) Uterus kontraksi baik
- 4) Plasenta baik
- 5) Pucat
- 6) Lemah
- 7) Menggigil.

(Sukarni & Wahyu, 2013)

5. Penatalaksanaan medis

- a. Penjahitan robekan serviks
- b. Penjahitan robekan vagina dan perineum
- c. Penjahitan robekan derajat I dan II
- d. Penjahitan robekan perineum derajat III dan IV
- e. Perbaikan rupture uterus.

(Sukarni & Wahyu, 2013)

6. Derajat ruptur perineum

dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, sebaliknya kepala janin yang akan lahir sebaiknya tidak ditahan terlampaui kuat dan lama, karena hal ini akan menyebabkan asfiksia dan pendarahan dalam tengkorak janin, dan melemahkan otot-otot dan fasia pada dasar panggul karena diregangkan terlalu lama. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari pada biasa sehingga kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar dari pada sirkumferensia suboksipito-bregmatika, atau anak dilahirkan dengan pembedahan vaginal (Setyaningrum & Sugiarti, 2017)

2. Pengkajian

a. Aktivitas dan tidur

1) Subjektif

- a) Kaji kebiasaan tidur/pola istirahat, lama tidur 24 jam
- b) Kaji pekerjaan dan aktivitas sehari-hari serta hobi

2) Objektif

- a) Kaji status neuromuscular yang meliputi : kualitas anggota gerak, postu, adanya tremor, rom, kekuatan, adanya deformitas

b. Sirkulasi

1) Subjektif

- a) Riwayat penyakit yang meliputi : peningkatan tekanan darah, rematik fever, gangguan jantung, phlebitis, edema (lokasi/derajat keparahan), penyembuhan luka yang lambat.
- b) Kaji sirkulasi anggota gerak yang meliputi mati rasa, rasa geli

2) Objektif

- a) Ukur tekanan darah.
- b) Ukur denyut nadi
- c) Ukur pernafasan
- d) Ukur suhu

(Purwaningsih & Wahyu, 2010)

c. Kaji perineum

Perhatikan luka episiotomi jika ada dan perineum harus bersih, tidak berwarna, tidak edema, dan jahitan harus utuh.

d. Kaji adanya kelemahan, pucat dan menggigil

e. Lokea

Periksa setiap 15 menit, aliran nya harus sedang. Bila darah mengalir dengan cepat curigai terjadinya robekan serviks

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko terjadinya hemoragi yang berhubungan dengan atonia uteri atau trauma
- b. Resiko terjadinya retensi urine yang berhubungan dengan proses persalinan
(Mitayani, 2009)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, stasis cairan tubuh, penurunan hb
- d. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan.
(Nurarif & Kusuma, 2015)

4. Intervensi Keperawatan

- a. Resiko terjadinya hemoragi yang berhubungan dengan atonia uteri atau trauma
 - 1) Masase lembut secara intermiten fundus uteri dapat membantu mengeluarkan darah dan bekuan yang menumpuk, sehingga uterus dapat berkontraksi kembali
R : untuk memberikan ibu rasa nyaman dan membantu uterus untuk berkontraksi
 - 2) Kaji jumlah darah yang keluar yang terdapat pada pembalut.
R : kehilangan 100 ml darah setiap 15 menit dipertimbangkan sebagai aliran yang hebat
 - 3) Pantau tanda-tanda vital dan observasi warna kulit, apakah ibu mengalami sianosis

R : untuk membantu intervensi selanjutnya

- 4) Bila keluar jaringan dapat menandakan terjadinya sisa plasenta didalam uterus

R : membantu untuk mengatuii kebebrsihan di dalam uterus

- 5) Bila perdarahan terjadi tiba-tiba kemungkinan laserasi pada serviks atau vagina

R : untuk mengetahui laserasi pada serviks

- b. Resiko terjadinya retensi urine yang berhubungan dengan proses persalinan

- 1) Kandung kemih yang penuh menekan uterus ke atas dan kesamping. Posisi yang demikian dapat mengganggu kontraksi uterus, sehingga mengarah pada terjadinya hemoragi. Hal ini menambah ketidaknyamanan dan dapat mengakibatkan atonia uteri dinding kandung kemih, retensi urine, dan bahkan infeksi

Akibat terjadinya trauma dan pembengkakan yang terjadi pada ibu mungkin didapati adanya kesulitan berkemih. Air hangat dipancurkan diatas vulva dan air dibiarkan mengalir akan membantu relaksasi sfingter. Bila gagal, maka dianjurkan kateterisasi (Mitayani, 2009)

c. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, stasis cairan tubuh, penurunan hb

a) Tujuan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan klien menunjukkan tanda-tanda :

1) Status imun terkontrol

2) Resiko infeksi terkontrol

b) Dengan kriteria hasil

1) Klien terbebas dari tanda dan gejala infeksi

2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaanya

3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi

4) Jumlah leukosit dalam batas normal

5) Menunjukkan perilaku hidup sehat.

c) Intervensi dan Rasional

1) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien

R : untuk menghindari penyebaran infeksi

2) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan

R : untuk menghindari penyebaran infeksi

3) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local

R : untuk membantu intervensi selanjutnya

4) Tingkatkan intake nutrisi

R : untuk membantu mempertahankan kebutuhan nutrisi

5) Berikan terapi antibiotik bila perlu

R : untuk membantu menghilangkan resiko infeksi

6) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi

R : untuk memberikan informasi dasar

(Mitayani, 2009)

d. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan

1) Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan pasien menunjukkan :

a) Nyeri terkontrol

b) Nyeri berkurang

2) Dengan kriteria hasil

a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)

b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri

c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)

d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

3) Intervensi dan Rasional

a) Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.

R : untuk membantu dalam melakukan intervensi selanjutnya

b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

R : untuk mengetahui respon klien

c) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.

R : untuk membantu kenyamanan pasien

d) Ajarkan tentang teknik non farmakologi

R : untuk membantu mengurangi nyeri

e) Kolaborasi dengan tim dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

R : untuk membantu intervensi selanjutnya.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

5. Implementasi Keperawatan.

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi.

Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan

analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang berdasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2009)

6. Evaluasi Keperawatan

Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2009)



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Studi kasus ini merupakan metode penelitian dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus termasuk dalam penelitian analisis deskriptif yang hanya menggambarkan/memaparkan variabel-variabel yang diteliti tanpa menganalisis hubungan antara variabel. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif agar pembaca dapat memahami data tersebut dengan mudah (Dharma, 2011)

B. Subjek Studi Kasus

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

1. Inklusi

- a. Pasien post partum dengan ruptur perineum yang mengalami gangguan kebutuhan aman nyaman (nyeri)
- b. Pasien post partum yang rawat inap di RS TK II Pelamonia Makassar
- c. Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Pasien yang bersedia menjadi responden

2. Eksklusi

- a. Pasien post partum ruptur perineum yang mengalami komplikasi berat.
- b. Pasien post partum dengan episiotomi
- c. Pasien post partum sectio cesar
- d. Pasien dengan data tidak lengkap

C. Fokus Studi Kasus

Pada studi kasus ini berfokus pada pasien post partum dengan ruptur perineum yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.

D. Definisi Operasional

Studi kasus asuhan keperawatan:

1. Gangguan kebutuhan rasa nyaman adalah sebuah keadaan dimana pasien merasa tidak nyaman dengan gangguan yang terjadi pada bagian tubuhnya baik bagian eksternal tubuh maupun internal tubuh
2. Post partum normal ruptur perineum adalah dimana pasien yang mengalami trauma atau robekan jalan lahir saat atau setelahnya terjadi persalinan.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian pada studi kasus ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus post partum ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman yang terdiri dari:

1. Pengkajian Keperawatan
2. Diagnosa Keperawatan
3. Intervensi Keperawatan
4. Implementasi keperawatan
5. Evaluasi Keperawatan

F. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus

Tempat pelaksanaan studi kasus di RS TK II Pelamonia Makassar.

2. Waktu pelaksanaan studi kasus

Studi kasus dilaksanakan pada tanggal 13 sampai 15 Juli 2021

G. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan peneliti dalam mengumpulkan data penelitian. Untuk melakukan pengumpulan data, ada beberapa metode yang dilakukan antara lain:

1. Metode observasi

Observasi adalah kegiatan pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap aktivitas responden atau partisipan yang terencana, dilakukan secara aktif dan sistematis. Terdapat 2 metode observasi, yaitu observasi sistematis adalah pengamatan yang dilakukan menggunakan pedoman atau kerangka observasi yang berisi aspek perilaku yang ingin diketahui. Observasi partisipatif adalah observasi yang dilakukan dengan cara masuk dalam kehidupan partisipan atau subjek

penelitian kemudian mengamati apa yang dilakukan oleh subjek untuk mengidentifikasi suatu variabel.

2. Metode wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara berinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh responden atau partisipan.

H. Penyajian Data

Data yang telah terkumpul selama proses pengumpulan data disajikan dalam bentuk tekstural yang bersifat naratif dan disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dan subjek studi untuk disajikan sebagai data pendukung.

I. Etika Studi Kasus

Menurut (Dharma, 2011) etika studi kasus terdiri dari

1. Penjelasan dan persetujuan (*informed consent*)

Informed consent adalah formulir persetujuan yang akan ditandatangani oleh subjek penelitian. Yang mencakup

- a. Penjelasan tentang judul penelitian, tujuan dan manfaat penelitian.
- b. Permintaan kepada subjek untuk berpartisipasi dalam penelitian
- c. Penjelasan prosedur penelitian
- d. Gambaran tentang resiko dan ketidaknyamanan selama penelitian

- e. Penjelasan tentang keuntungan yang didapat dengan berpartisipasi sebagai subjek penelitian
 - f. Penjelasan tentang jaminan kerahasiaan dan anonimitas
 - g. Hak untuk mengundurkan diri dari ketidak ikut sertaan sebagai subjek penelitian, kapanpun sesuai dengan keinginan subjek.
 - h. Persetujuan penelitian untuk memberikan informasi yang jujur terkait dengan prosedur penelitian
 - i. Pertanyaan persetujuan dari subjek untuk ikut serta dalam penelitian.
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

Manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian menyebabkan terbukanya informasi tentang subjek. Sehingga peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara menyediakan identitas seperti nama dan alamat objek identitas seperti nama dan alamat objek kemudian diganti dengan kode tertentu.

3. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficence*). Kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (*nonmaleficence*). Prinsip ini yang harus diperhatikan oleh peneliti ketika mengajukan usulan penelitian untuk mendapatkan persetujuan etik dari komite etik penelitian. Penelitian harus mempertimbangkan rasio antara manfaat dan kerugian/resiko dari penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Umum

Penelitian studi kasus ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar yang berlokasi di Jalan. Jend. Sudirman No. 27, Pisang Utara. Kecamatan Ujung Pandang Kota Makassar. Setelah mendapat izin dari RS, peneliti diarahkan ke ruangan Cempaka (R. bersalin). Pasien berada dalam kamar kelas 1A

2. Data umum subjek studi kasus

Data umum subjek studi kasus yaitu " Ny. H" yang merupakan pasien yang berada di ruang perawatan Cempaka. Pasien dipilih berdasarkan kriteria inklusi.

a. Pengkajian

1) Identitas klien

Klien atas nama Ny "H" berjenis kelamin perempuan, tanggal lahir klien 11 Januari 1997 dengan usia 24 tahun, status saat ini menikah, Agama Islam, Suku Bugis, pendidikan terakhir DIII Gizi, pekerjaan saat ini ibu rumah tangga, alamat Perumahan Manggala Asri Residence no. C12, Antang, Manggala. Tanggal masuk rumah sakit 13 Juli 2021 jam 05.30 dengan nomor rekam medis 690195 .

Penanggung jawab yaitu suaminya Tn "A" jenis kelamin laki-laki dengan umur 25 tahun, Agama Islam, pendidikan SMA, pekerjaan saat ini Satpol PP Pemprov, alamat Perumahan Manggala Asri Residence no. C12, Antang, Manggala.

2) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada daerah perineum

3) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri akibat luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri dirasakan sewaktu waktu saat bergerak dengan durasi tidak menentu. Skala nyeri berat (7). Klien nampak berkeringat, klien tampak selalu melindungi area nyeri, klien tampak gelisah, klien nampak menintih

4) Pengkajian data fisik dan psikososial

a) Pengkajian data fisik

Klien mengatakan selama hamil tidak pernah ada gejala lain yang timbul seperti anemia dan hipertensi, G1P1A0.

Lama persalinan selama 6 jam mulai dari jam 05.30-11.30 WITA jenis persalinan normal, respon bayi langsung menangis. Observasi TTV ibu : TD :100/80 MmHg, Suhu :36,5°C, Nadi : 80 X/menit, Pernafasan : 20 X/menit.

b) Pengkajian data psikososial

Ibu dan suami merasa bahagia setelah kelahiran bayi, selama persalinan suami dan keluarga berdoa, Agama yang dianut Islam, ibu selama berbincang sangat baik dan ramah.

5) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengeluh nyeri luka jahitan pada perineum yang diakibatkan oleh robekan perineum. Nampak luka perineum derajat II yang mengenai mukosa vagina, *fourchette posterior*, kulit perineum dan otot perineum yang panjang robekan kurang lebih 5 cm.

b) Riwayat Penyakit Masa lalu

Klien mengatakan tidak mengidap penyakit apapun, tidak pernah masuk rumah sakit sebelumnya, dan tidak memiliki alergi obat dan makanan.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarga klien tidak ada yang mengidap penyakit keturunan seperti : diabetes, asma, dan hipertensi.

6) Kebiasaan sehari-hari

a) Pola nutrisi : ibu menyukai makanan yang berkuah, ibu makan 3x sehari, ibu juga suka makan cemilan, klien lebih menyukai minum air putih

b) Pola istirahat dan tidur :

Malam : tidur selama kurang lebih 7 jam dari jam 22.00-05.00 WITA,

Siang : tidur siang biasanya sekitar 3 jam dari jam 13.00-15.00 WITA

Ibu lebih suka tidur dengan lampu mati (gelap), ibu mengatakan mudah terganggu kalau ada suara yang dia dengar, posisi saat tidur paling sering miring kanan

c) Pola eliminasi : ibu mengatakan tidak ada gangguan selama berkemih, memerlukan bantuan

ke kamar mandi saat mau BAB dan BAK, BAB 1x sehari. Klien merasa takut saat BAB karena takut bekas jahitan akan terbuka saat berkuat

d) Personal hygiene : pola mandi 1x sehari, kebersihan mulut dan gigi bersih, klien rajin sikat gigi 2x sehari, klien memakai pembalut, genitalia bersih, pola berpakaian rapi.

e) Aktivitas : ibu bisa berjalan pada hari ke dua, ibu mampu menyusui anaknya

f) Rekreasi dan hiburan : klien lebih menyukai berada dirumah

7) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum: baik

b) Kesadaran : Compos Mentis

c) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan darah : 110/90 MmHg

(2) Nadi : 88 X/menit

(3) Suhu : 36,4 °c

(4) Pernafasan : 24 X/menit

d) GCS : 15 (E = 4, M =6, V=5)

e) Vagina dan Perineum

Terjadi robekan daerah perineum derajat II dimana robekan mengenai mukosa vagina, *fourchette posterior*, kulit perineum dan otot perineum, panjang robekan kurang lebih 5 cm, terdapat jahitan, tidak terdapat edema atau bengkak, terdapat nyeri tekan pada perineum, daerah jahitan terlihat bersih dan merah

f) Anus dan Rectum

Robekan tidak sampai pada rektum dan tidak terdapat hemoroid

g) Program terapi obat

(1) Cefadroxil : 500mg/oral 2X1

(2) Asam Mefenamat : 500 mg/oral 3X1

(3) Ferrous Sulfate : 300 mg/oral 1X1

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan diagnosa keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran di tandai dengan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri di daerah perineum dengan skala nyeri berat (7), nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan dengan durasi yang tidak menentu. Data objektif yaitu klien tampak meringis, Klien nampak berkeringat, klien tampak selalu melindungi area nyeri, klien tampak gelisah, klien nampak merintih Tekanan Darah : 110/90 MmHg, Nadi : 88 X/menit, Suhu : 36,4 °c, pernafasan : 24 X/menit, klien nampak hanya bisa berbaring ditempat tidur.

c. Perencanaan

Perencanaan dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran yaitu :

1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu memperhatikan pengendalian nyeri, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (1-5 : tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering atau selalu)

2) Dengan kriteria hasil : klien mampu mengontrol nyeri, melaporkan nyeri dapat dikendalikan, mampu mengenali nyeri, dan menyatakan merasa nyaman setelah nyeri berkurang

a) Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya

Rasional : untuk membantu dalam melakukan intervensi yang tepat

b) Observasi TTV

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien

c) Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam

Rasional : untuk membantu pasien agar tidak berfokus pada nyeri

d) Ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an

Rasional : membantu klien agar tidak berfokus pada nyeri

e) Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat

Rasional : untuk memfasilitasi peredaan nyeri

f) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat

analgetik : Asam Mefenamat

Rasional : mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri

d. Implementasi

Selasa, 13 juli 2021

Implementasi pada hari pertama pukul 15.00 WITA, 1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, Hasil : klien mengatakan nyeri pada daerah luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri berat (7), nyeri yang dirasakan klien pada saat klien bergerak dengan durasi tidak menentu, Klien nampak berkeringat, klien tampak selalu melindungi area nyeri, klien tampak gelisah, klien nampak merintih. Pukul 15.45 WITA, 2. Mengobservasi TTV, hasil : Tekanan Darah : 110/90 MmHg, Nadi : 88 X/menit, Suhu : 36,4 °c, pernafasan : 24 X/menit. Pukul 15.55 WITA, 3. mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat

analgetik, hasil : klien minum obat Asam mefenamat 500 mg/oral. Pukul 16.30 WITA, 4. Menganjurkan klien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, hasil : klien melaksanakan dan melakukan sebanyak 4 kali. Pukul 19.30 WITA 5. Menganjurkan klien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Hasil : klien melaksanakan dan melakukan sebanyak 4x. Pukul 20.00 WITA 6. Mengkolaborasi dengan tim dokter pemberian obat analgetik, Hasil : klien minum obat Asam Mefenamat 500 mg/oral. Pukul 20.30 WITA 7. Menganjurkan Klien untuk istirahat, Hasil : klien nampak mulai tertidur

Rabu, 14 juli 2021

Implementasi hari kedua 08.12 WITA, 1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya. Hasil : klien mengatakan nyeri pada daerah luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri sedang (4), nyeri yang dirasakan klien pada saat klien bergerak dengan durasi tidak menentu, klien tampak gelisah, klien nampak merintih. Pukul 08.30 WITA, 2. Mengobservasi TTV, hasil : Tekanan Darah : 110/80 MmHg, Nadi : 76 X/menit, Suhu : 36 °c, pernafasan : 20 X/menit. Pukul 09.00 WITA, 3. Menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam, hasil : klien melaksanakan dan melakukan sebanyak 3x. Pukul

09.30 WITA 4. Mengajarkan teknik distraksi terapi murottal Al-qur'an, hasil : klien mendengarkan surah Maryam. Pukul 10.13 WITA, 5. Mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik, hasil : klien minum obat Asam Mefenamat 500 mg/oral. Pukul 10.30 WITA 6. Menganjurkan Klien istirahat, Hasil : klien nampak mulai berbaring. Pukul 13.30 WITA 7. Menganjurkan klien teknik relaksasi nafas dalam, Hasil : klien melakukannya dan melaksanakannya sebanyak 4x. Pukul 17.30 WITA 8. Mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik, Hasil : klien minum obat Asam Mefenamat 500 mg/oral. Pukul 20.30 WITA 9. Memberikan terapi distraksi Murottal Al-qur'an, Hasil : klien melaksanakan dan mendengarkan surah Maryam. Pukul 21.00 WITA 10. Menganjurkan klien untuk istirahat, Hasil : klien nampak sudah mulai istirahat

Kamis, 15 juli 2021

Implementasi hari ke tiga pukul 08.00 WITA, 1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, Hasil : klien mengatakan sudah tidak nyeri lagi skala nyeri (0). Pukul 09.00 WITA yaitu 2. Mengobservasi TTV, hasil : Tekanan Darah : 110/90 MmHg, Nadi : 90 X/menit, Suhu : 36,5 °c, pernafasan : 20 X/menit. Pukul 09.30 WITA, 3.

mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik dan menganjurkan klien untuk meminum obat secara teratur di rumah, hasil : klien diberikan obat Asam Mefenamat dan akan meminum obat secara teratur di rumah.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan menggunakan metode SOAP yaitu S : Subjektif, O : Objektif, A : Assessment, P : planning.

Evaluasi hari Selasa, 13 juli 2021 pukul 18.00 WITA,
Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri sedang (5), klien mengatakan nyeri dirasakan saat klien bergerak dengan durasi yang tidak menentu, Objektif : klien tampak meringis, klien tampak gelisah, Klien nampak berkeringat, klien tampak selalu melindungi area nyeri, klien nampak merintih. Assessment : masalah nyeri belum teratasi, Planning : lanjutkan Intervensi :1, 2, 3, 4, 5 dan 6 yaitu 1. Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, 2. anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 3. Observasi TTV, 4. ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an, 5. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat, 6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik.

Evaluasi hari Rabu, 14 Juli 2021 13.30 WITA, Subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri ringan (2), nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu. Objektif : klien tampak meringis, klien tampak gelisah, klien nampak merintih. Assessment : masalah nyeri belum teratasi. Planning : lanjutkan intervensi : 1, 2, 3, 4, 5 dan 6 yaitu 1. Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, 2. anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 3. Observasi TTV, 4. ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an, 5. tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat, 6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik.

Evaluasi hari Kamis, 15 Juli 2021 pukul 11.30 WITA, Subjektif : klien mengatakan nyerinya telah hilang dengan skala nyeri 0 (tidak nyeri). Objektif : klien nampak rileks. Assessment : masalah teratasi dan klien bisa pulang . Planning : pertahankan intervensi.

B. Pembahasan

Pembahasan tentang "penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny "H" Post Partum Hari I Dengan Rupture Perineum Derajat II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri)" telah

dilaksanakan pada Selasa 13 Juli sampai 15 Juli 2021. Disamping itu, akan dikemukakan pula terkait nyeri akut maupun hambatan dalam pemenuhan asuhan keperawatan pada Ny. H yang akan diuraikan sesuai dengan tahap proses keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny "H" didapatkan data bahwa terjadi ruptur perineum akibat proses persalinan yang dimana ibu mengalami pada anak pertamanya dan bayi melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar sehingga menyebabkan ruptur perineum atau robekan jalan lahir, pembahasan ini sejalan dengan teori (Sukarni & Wahyu, 2013) yang mengatakan robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan kepala janin melewati panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika.

Ruptur perineum tersebut mengakibatkan rasa nyeri sesuai dengan teori (Suryani, 2013) yang mengatakan luka perineum itu sendiri akan mempunyai dampak tersendiri bagi ibu yaitu gangguan ketidaknyamanan (nyeri). Keluhan utama yang dirasakan klien, nyeri pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada mukosa vagina, kulit dan otot perineum, skala nyeri berat (7) hal ini sejalan dengan penelitian (Choirunissa, Suprihatin, & Oktafia, 2019) yang mengatakan sebagian besar intensitas nyeri luka perineum yang dirasakan ibu post partum

mengalami nyeri berat setelah melahirkan, klien mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu, dengan durasi tidak menentu, Klien nampak berkeringat hal ini sejalan dengan penelitian (Islami & Aisyaroh, 2018) yang mengatakan wanita post partum mengeluarkan keringat karena tubuh akan mengartikannya sebagai suatu ancaman, kelenjar keringat akan memicu produksi keringat Apokrin yang berbeda dengan kelenjar Ektrin yang bertugas untuk memproduksi keringat guna mengatur suhu tubuh dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan, klien tampak selalu melindungi area nyeri, klien tampak gelisah hal ini sejalan dengan teori (Rahmaniar, Halik, & Purnamasari, 2019) mengatakan perubahan kadar Estrogen, Progesterone, Prolaktin, dan Estriol yang terlalu rendah atau terlalu tinggi yang berfluktuatif akan berefek pada supresi aktivitas enzim monoamine oksidase yakni enzim otak yang bekerja menginaktivasi baik noradrenalin maupun serotonin yang berperan pada suasana hati, klien nampak merintih.

Pengkajian nyeri yang dilakukan pada Ny "H" menggunakan skala nyeri menurut NRS (Numeric Rating Scale) yang merupakan alat ukur yang paling umum dilakukan dengan menggunakan angka 0-10 yang dibawah klien lebih memilih dari NRS (Numeric Rating Scale) karena lebih gampang untuk menentukan angkanya sesuai

dengan teori (Wahyudi, Setiya, & Wahid, 2016), yang dimana 0 : Tidak ada nyeri, 1-5 : Nyeri sedang, 6-10 : nyeri hebat. Bahwa pada pengalaman tersebut tersebut Ny "H" mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala nyeri berat (7). Nyeri yang terjadi pada ibu post partum ruptur perineum diakibatkan oleh cedera biologis pada perineum, sejalan dengan teori (Wilkinson, 2016) yang mengatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan nyeri adalah agen cedera biologis, saat terjadi cedera biologis rangsangan (stimulus) trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada Ny "H" dari hasil pengkajian adalah nyeri akut berhubungan dengan trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran sejalan dengan teori (Saputra, 2013) yang mengatakan bahwa nyeri akut karena adanya kerusakan jaringan yaitu trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran

3. Perencanaan

Perencanaan yang telah ditetapkan pada Ny "H" yaitu kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya sejalan dengan teori (Wilkinson, 2016) mengatakan bahwa bahwa salah satu intervensi 1.Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan

durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, agar dapat membantu perawat dalam menentukan intervensi yang tepat

2. Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 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 stres maka hormon tersebut akan digantikan dengan hormon endorphin. Hormon endorphin merupakan hormon penghilang rasa sakit,
3. Observasi TTV,
4. Ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an sejalan dengan teori (Retna, Rono, & Hani, 2016) yang mengatakan terapi bacaan Al-qur'an ketika diperdengarkan pada orang atau pasien akan membawa 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,
5. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat sejalan dengan teori (Wilkinson, 2016) yang mengatakan pemberian istirahat yang adekuat membantu dalam memfasilitasi peredaan nyeri,
6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat 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 berat.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan. Seluruh intervensi telah dilaksanakan pada implementasi namun ada beberapa intervensi yang tidak berulang di setiap harinya pada Ny "H" yaitu, hari pertama tidak dilakukan intervensi Mengajarkan teknik distraksi terapi murottal Al-qur'an karna pada hari pertama klien masih belum bisa mendengarkan perawat, klien masih fokus pada nyeri dan klien harus beristirahat. Pada hari kedua, semua intervensi dilaksanakan. Dan pada hari ketiga, intervensi yaitu terapi murottal al-qur'an dan menganjurkan klien teknik relaksasi nafas dalam tidak dilakukan karena nyeri klien telah teratasi dan klien bisa pulang.

Mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya hal ini sejalan dengan penelitian (Usman, 2019) yang melakukan implementasi mengkaji nyeri yang komprehensif dan mengatakan sebagian

besar intensitas nyeri luka perineum yang dirasakan ibu post partum mengalami nyeri berat (7) setelah melahirkan, nyeri yang dirasakan klien pada saat klien bergerak dengan durasi tidak menentu.

Mengobservasi TTV hal ini sejalan dengan penelitian (Utami, 2019) yang mengatakan salah satu hal yang perlu dikaji pada ibu post partum yaitu mengobservasi TTV

Mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik sejalan dengan penelitian (Juwita, Faradani, & Wibowo, 2019) yang mengatakan pemberian obat analgetik membantu pasien dalam penanganan nyeri dan dosis Asam Mefenamat 500 mg efektif untuk pengobatan nyeri, Asam Mefenamat dipilih karena selain sebagai analgesik juga mempunyai kemampuan sebagai antiradang untuk memastikan penyembuhan luka perineum, sehingga mencegah masuknya mikroorganisme penyebab infeksi.

Menganjurkan klien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, Sejalan dengan penelitian (Adela, 2017) yang mengatakan pemberian teknik relaksasi dapat 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 stres maka hormon tersebut akan digantikan dengan hormon endorfin. Hormon endorfin merupakan hormon penghilang rasa sakit.

Menganjurkan klien istirahat yang adekuat hal ini sejalan dengan teori (Wilkinson, 2016) yang mengatakan istirahat yang cukup mampu untuk memfasilitasi peredaan nyeri.

Mengajarkan teknik distraksi terapi murottal Al-qur'an, sejalan dengan teori (Retna, Rono, & Hani, 2016) yang mengatakan terapi bacaan Al-qur'an ketika diperdengarkan pada orang atau pasien akan membawa 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.

5. Evaluasi

Evaluasi pada Ny "H" berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan menurut (Wilkinson, 2016) menyatakan bahwa kriteria hasil pada aman nyaman (nyeri) yaitu mengenali awitan nyeri, menggunakan tindakan pencegahan, melaporkan nyeri dapat dikendalikan, 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 pada masalah nyeri dapat dinilai dari kemampuan pasien dalam merespon serangan nyeri, hilangnya rasa nyeri, menurunnya intensitas nyeri, terdapat respon fisiologis yang baik, dan kemampuan untuk menjalankan kegiatan sehari-hari tanpa keluhan nyeri, hal ini ditemukan pada Ny "H" didapatkan data sesuai yang diharapkan.

C. Keterbatasan

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

1. Kurangnya pasien di RS Pelamonia Makassar yang mengalami Ruptur Perineum
2. Implementasi murottal Al-qur'an hanya dilakukan sebanyak satu kali karena pada hari pertama klien belum bisa fokus pada perawat dan hari ketiga pasien nyeri klien terkontrol dan bisa pulang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang ditetapkan ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri yang dirasakan pada luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, kulit dan otot perineum, skala nyeri 7 (nyeri berat), klien mengatakan nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi tidak menentu, Klien nampak berkeringat, klien tampak selalu melindungi area nyeri, klien tampak gelisah, klien nampak merintih. Data objektif : klien tampak meringis, klien tampak gelisah. Hasil TTV (Tanda-Tanda Vital) klien ditetapkan hasil : Tekanan Darah : 110/90 mmHg, Nadi : 88 X/menit, Suhu : 36, 4 °c, Pernafasan : 24 X/menit.
2. Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny "H" adalah nyeri akut berhubungan dengan trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran.
3. Rencana keperawatan diharapkan dalam waktu 1X24 jam nyeri berkurang dengan kriteria hasil : klien mampu mengontrol nyeri, melaporkan nyeri dapat dikendalikan, mampu mengenali nyeri, dan menyatakan merasa nyaman setelah nyeri berkurang.

4. Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu : 1. Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, 2. Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 3. Observasi TTV, 4. Ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an, 5. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat, 6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik.
5. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu : 1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya, 2. menganjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 3. mengobservasi TTV, 4. mengajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an, 5. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat, 6. mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik.
6. Evaluasi pada masalah nyeri akut berhubungan dengan trauma pada perineum selama persalinan dan kelahiran pada hari Kamis 15 Juli 2021 masalah nyeri akut teratasi, didukung dengan data skala nyeri klien 0 (tidak nyeri).

B. Saran

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

1. Masyarakat

Masyarakat mampu meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan post partum dengan ruptur perineum dalam pemenuhan kebutuhan aman nyaman (nyeri).

2. Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Sebagai acuan untuk menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman.

3. Penulis

Penulis mampu melakukan asuhan dalam ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman pada pasien post partum dengan ruptur perineum.

DAFTAR PUSTAKA

- Adela, N. (2017). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny "R" Dengan Post Partum Normal Rupture Perineum Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri) Di Ruang Perawatan ST. Aisyah Di RSIA Sitti Khadijah III Muhammadiyah Mamajang Makassar*. Makassar: Akademi Keperawatan Muhammadiyah Makassar.
- Afandi, M. I., Suhartatik, & Ferial, E. W. (2014). Hubungan Mobilisasi Dini Dan Personal Hygine Terhadap Percepatan Kesembuhan Luka Perineum Pada Ibu Post Partum Di RSIA Pertiwi Makassar. *diakses dari <http://ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/download/759/636/>. Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 296.
- Antini, A., Trisnawati, I., & Darwanti, J. (2016). Efektivitas Senam Kegel Terhadap Waktu Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Post Partum Normal. *diakses dari <https://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/view/sf201610.74.08>*. *Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 212.
- Choirunissa, R., Suprihatin, & Oktafia, I. (2019). Efektifitas Kompres Hangat Dan Dingin Terhadap Nyeri Laserasi Perineum Pada Ibu Post Partum Primipara Di Depok 2019. *diakses dari <http://respository.unhas.ac.id/id/eprint/2267>*, 43.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosa Keperawatan*. Yogyakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Indiarti. (2015). *Panduan Persiapan Kehamilan, Kelahiran & Perawatan Bayi*. Yogyakarta: Parama Ilmu.
- Indrayani, & Djami, M. E. (2013). *Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Islami, & Aisyaroh, N. (2018). Efektifitas Kunjungan Nifas Terhadap Pengurangan Ketidaknyamanan Fisik Yang Terjadi Pada Ibu Selama Masa Nifas. *diakses dari*, 8.

- Johnson, J. Y. (2010). *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Ralpha.
- Juwita, D. R., Faradani, N., & Wibowo, M. I. (2019). Studi Penggunaan Obat Analgesik Pada Pasien Pasca Partus Pervaginal Dan Section Caesarea Di RSUD Bunda Purwokerto. *diakses dari Jurnal Farmasi Indonesia*, 270.
- Kholifah, S. (2018). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny "H" Post Partum Hari 1 Dengan Rupture Perineum Derajat II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri) Diruang Cempaka Rs TK II Pelamonia Makassar*. Makassar: Akper Muhammadiyah Makassar.
- Mitayani. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mulati, T. S. (2017). The Perineal Pain Based On Characteristics On Post Partum Mother. *diakses dari <http://ejournal.stikesmuka.ac.id/index.php/involusi/article/download/281/275>*. *Involusio Kebidanan*, 42.
- Nugroho, T., Nurrezki, Warnaliza, D., & Willis. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC Jilid 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Purwaningsih, & Wahyu. (2010). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putri, A. D., & Prihatiningsih, D. (2016). Pengaruh Kompres Dingin Terhadap tingkat Nyeri Luka Perineum Pada Ibu Nifas Di RSUD Muhammadiyah Bantul. *diakses dari <http://digilib.unisayogyakarta.ac.id/1976/1/NASKA%20PUBLIKASI%20%20AYANG%20DYANING%20PUTRI%20201510104059.pdf>*. *Diglib Unisa Yogyakarta*.
- Rahmaniar, A., Halik, A. A., & Purnamasari, N. (2019). Pengaruh Senam Nifas Terhadap Intensitas Nyeri Perineum Dan Kecemasan Ibu

Postpartum Di RSIA Pertiwi Makassar. diakses dari <http://jurnal.fk.umi.ac.id/index.php/umimediaca/jurnal>, 17.

Retna, R., Rono, H., & Hani, U. (2016). Pengaruh Terapi Murotal Al-qur'an Terhadap Penurunan Nyeri Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Wilayah Kabupaten Banjarnegara . diakses dari <http://digilib.unisayoga.ac.id/2449/1/NASPUB%20RUSFITA%20RETNA%20201420102035.pdf>. Digilib Unisa Yogyakarta.

Rosdahl, C. B. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Saputra, L. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan: Erlangga.

Setyaningrum, E., & Sugiarti. (2017). *Buku Ajar Kegawat Daruratan Maternitas Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.

Sondakh, J. J. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga.

Sukarni, I., & Wahyu. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sukarta, A. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Ibu Inpartu Kala Fase Aktif. diakses dari *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 42.

Suryani. (2013). faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Rupture Perineum Pada Persalinan Normal Di Rumah Bersalin Atiah. diakses dari <http://ejournal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/download/12/11>. *Kesehatan*, 278.

Sutanto, A. V. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Usman, N. A. (2019). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny "N" Post Partum Hari I Dengan Rupture Perineum Derajat II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Diruangan Ummu Salamah Rs Khadijah II*. Makassar: Universitas Muhammadiyah Makassar.

Utami, R. L. (2019). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny "R" Post Section Caesar (SC) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar*. Makassar: Universitas Muhammadiyah Makassar.

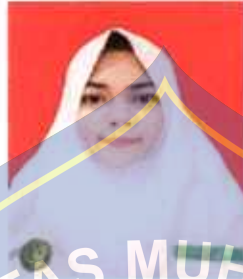
Wahyudi, Setiya, A., & Wahid. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

Walyani, E. S., & Purwoastuti, E. (2014). *Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Nur Asyang
Tempat / Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 27 Juli 1996
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Massenrempulu
No. Telpn : 082249439927
E-mail : nurasyang16027@gmail.com
Alamat : Jln. Makmur Kompleks Veteran no.14

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Negeri Karuwisi III
2. SMP Negeri 1 Pasui
3. SMA Negeri 1 Pasui

C. PENGALAMAN ORGANISASI

1. UKM Pilar Kota Akper Muhammadiyah Makassar periode 2017-2018 sebagai Anggota Drama
2. UKM Pilar Kota Akper Muhammadiyah Makassar periode 2018-2019 sebagai Manager 02 (sekertaris)

MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN & ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Alamat: Jl Ranggong No 21 Tlp 0411 – 8004837 Makassar, Sulawesi Selatan

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Nomor : 115/05/C.4.II/VII/42/2021
Lampiran : 1 (satu) eksamplar
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Ka. Rumah Sakit Tk. II Pelamonia Makassar
Di,
Makassar

Assalamu'alaikum Warahmatullah 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 6 hari, terhitung sejak tanggal 07 – 12 Juli 2021 di RS Tk. II Pelamonia Makassar, kepada mahasiswa kami:

Nama : Nur Asyang
Nim : 16027
Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Ruptur Perineum Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)

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

Wassalamu'alaikum Warahmatullah Wabarakatuh

Makassar, 25 Dzulqa'dah 1442 H
06 Juli 2021 M

Ka. Prodi Keperawatan,



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

Tembusan:

Lampiran 3 : Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian (PSP)

Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian (PSP)

1. Kami adalah peneliti dari program studi Akademi Keperawatan Muhammadiyah Makassar, dengan ini meminta saudara (i) untuk berpartisipasi dan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Penerapan Asuhan Keperawatan Post Partum Normal Rupture Perineum Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri)".
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan Asuhan Keperawatan terhadap pasien yang mengalami gangguan kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri) dapat memberi manfaat agar kita dapat mengetahui penyebab dari gangguan kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri). Penelitian ini akan berlangsung sampai proses penelitian ini selesai.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu peroleh dalam ikut serta pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
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 penelitian pada nomor Hp

PENELITI

Nur Asyang

NIM :16027

INFORMENT CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Nur Asyang dengan "Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Partum Dengan Ruptur Perineum Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri)"

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, Juli 2021

Saksi
Kepala Ruangan PNC

yang Membuat Persetujuan
Pasien

(SULTANTI, R. KULTAH, S.Si, Makas)

Peneliti

(
HAMLI


Nur Asyang
Nim : P16027

SURAT KETERANGAN
Nomor : Sket / Diklat / 59 / VII / 2021

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Mustabir Daming, SKM., M.Kes
Pangkat / NRP : Letkol Ckm NRP 11010025311277
Jabatan : Kainstaldik Rumkit Tk.II 14.05.01 Pelamonia
Kesatuan : Kesdam XIV/Hasanuddin

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Nur Asyang
NIM : 16027
Program Studi : DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah

Dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan benar telah melakukan penelitian dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah di Rumkit TK.II.14.05.01 Pelamonia mulai tanggal 15 s/d 21 Juli 2021, dengan Judul :

“Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Ruptur Perineum Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman (Nyeri) Di Rs. TK. II Pelamonia Makassar Tahun 2021”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 2/ Juli 2021
a.n Kepala Rumah Sakit
Wakil Kepala
U.b
Kainstaldik



Mustabir Daming, SKM., M.Kes
Letkol Ckm NRP 11010025311277

Lampiran 4 : Hasil Studi Kasus

**PEDOMAN WAWANCARA PADA PASIEN POST PARTUM DENGAN
RUPTURE PERINEUM DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN NYAMAN (NYERI)**

Nama Mahasiswa : Nur Asyang

Nim : P16027

Tempat Sudi Kasus : RS TK II Pelamonia Makassar

A. Pengkajian

1. Identitas Istri:

- a) Nama : Ny "H"
- b) Umur : 24 tahun
- c) Agama : Islam
- d) Suku/Bangsa : Bugis
- e) Pendidikan : DIII Gizi
- f) Pekerjaan : IRT
- g) Alamat : Perumahan Manggala Asri Residen no.
C12, Antang, Manggala
- h) Diagnosa : Post Partum dengan Ruptur Perineum
- i) Tanggal masuk RS : selasa, 13 Juli 2021

2. Identitas Suami

- a) Nama : Tn "A"
- b) Umur : 25 tahun
- c) Agama : Islam
- d) Pendidikan : SMA

e) Pekerjaan : Satpol PP Pemprov

f) Alamat : Perumahan Manggala Asri Residen no.

C12, Antang, Manggala

3. Keluhan Utama

a) Klien mengeluh nyeri pada daerah perineum

b) Riwayat keluhan utama

P : dimana lokasi nyeri yang dirasakan?

Jawab : Klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan perineum

Q : bagaimana kualitas nyeri yang ibu rasakan?

Jawab : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk-tusuk

R : kapan ibu merasakan nyeri?

Jawab : saat klien sedang bergerak

S : pada skala apa nyeri yang dirasakan?

Jawab : skala nyeri berat (7)

T : pada kapan ibu merasakan nyeri?

Jawab : waktu yang tidak menentu

c) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Jawab : klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan perineum yang diakibatkan oleh robekan jalan lahir pada derajat II yang mengenai mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum yang panjang robekan kurang lebih 5 cm

2) Riwayat penyakit masa lalu

Jawab : klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit masa lalu, belum pernah dirawat di RS, dan tidak memiliki alergi obat atau makanan

3) Riwayat kesehatan keluarga

Jawab : klien mengatakan keluarga klien tidak mempunyai penyakit keturunan seperti : Diabetes, Asma, Hipertensi dan lain-lain.

d) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : baik

2) Kesadaran ibu : composmentis (baik)

3) TTV :

TD : 110/90 MmHg

Nadi : 88 x/menit

Suhu : 36,4°c

Pernafasan : 24 X/menit

GCS : 15 (E=4, M=6, V=5)

e) Vagina dan perineum

Jawab : terdapat robekan daerah perineum derajat II dimana robekan mengenai mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum, panjangnya kurang lebih 5 cm, terdapat jahitan, tidak terdapat pembengkakan, adanya nyeri tekan pada daerah perineum, daerah jahitan terlihat merah dan bersih.

f) Anus dan rectum

Jawab : nampak robekanya tidak sampai pada daerah anus dan tidak terdapat hemoroid

g) Terapi obat

1) Obat cefadroxyl : 500 mg/oral 2X1

2) Asam mefenamat : 500 mg/oral 3X1

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan ageng-agens penyebab cedera biologis

C. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu memperhatikan pengendalian nyeri, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (1-5 : tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering atau selalu) dengan kriteria hasil : klien mampu mengontrol nyeri, melaporkan nyeri dapat dikendalikan, mampu mengenali nyeri, dan menyatakan merasa nyaman setelah nyeri berkurang	<ol style="list-style-type: none">1. Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya2. Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.3. Observasi TTV	<ol style="list-style-type: none">1. untuk membantu dalam melakukan intervensi selanjutnya2. untuk membantu pasien agar tidak berfokus pada nyeri3. untuk mengetahui keadaan umum pasien

			4. Ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an	4. membantu klien agar tidak berfokus pada nyeri
			5. anjurkan klien tidur dan istirahat yang adekuat	5. membantu klien dalam memfasilitasi nyeri
			6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian analgetik	6. mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri

D. Implementasi

No	Hari/tgl	Jam	Implementasi
1	Selasa, 13 Juli 2021	15.00 WITA	1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya. Hasil : klien mengatakan nyeri pada daerah luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina,

			fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum, dengan skala nyeri berat (7), nyeri yang dirasakan klien pada saat klien bergerak dengan durasi tidak menentu
		15.45 WITA	2. Mengobservasi TTV. hasil : Tekanan Darah : 110/90 MmHg, Nadi : 88 X/menit, Suhu : 36,4 °c, pernafasan : 24 X/menit.
		16.30 WITA	3. Mengajarkan klien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, hasil : klien melaksanakan dan melakukan sebanyak 4 kali
		20.30 WITA	4. menganjurkan klien untuk istirahat hasil : klien nampak mulai berbaring
		15.55 WITA	5. mengkolaborasi dengan tim dokter pemberian obat analgetik hasil : klien meminum obat asam mefenamat 500 mg/oral
2	Rabu, 14 Juli 2021	08.12 WITA	1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya. Hasil : klien mengatakan nyeri pada daerah luka jahitan perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada daerah mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum, dengan skala nyeri ringan (4), nyeri yang dirasakan klien pada saat klien bergerak dengan durasi tidak menentu
		08.30 WITA	2. Mengobservasi TTV. hasil : Tekanan Darah : 110/80 MmHg, Nadi : 76 X/menit, Suhu : 36 °c,

			pernafasan : 20 X/menit
		09.00 WITA	3. Menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam hasil : klien melakukan sebanyak 4 kali
		09.30 WITA	4. Mengajarkan teknik distraksi terapi murotal Al-qur'an hasil : klien mendengarkan surah Maryam
		10.13 WITA	6. menganjurkan klien untuk istirahat hasil : klien nampak mulai berbaring
		10.30 WITA	5. mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik hasil : klien telah meminum obat asam mefenamat tablet 500 mg/oral
3	Kamis, 15 Juli 2021	08.00 WITA	1. mengkaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya Hasil : klien mengatakan sudah tidak nyeri lagi skala nyeri (0)
		09.00 WITA	2. Mengobservasi TTV hasil : Tekanan Darah : 110/90 MmHg, Nadi : 90 X/menit, Suhu : 36,5 °c, pernafasan : 20 X/menit
		09.30 WITA	3. mengkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik dan menganjurkan klien untuk meminum obat secara teratur dirumah hasil : klien telah meminum obat asam mefenamat tablet oral dan akan meminum obat secara teratur dirumah

E. Evaluasi

No	Hari/tgl	jam	Evaluasi
1.	13 juli 2021	17.00 WITA	Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada

			<p>daerah perineum, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri ringan (5), klien mengatakan nyeri dirasakan saat klien bergerak dengan durasi yang tidak menentu,</p> <p>Objektif : klien nampak meringis, klien nampak gelisah, klien mengalami gangguan tidur</p> <p>Assesment : masalah belum teratasi, Planning lanjutkan Intervensi :1, 2, 3, 5, dan 6 yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya 2. anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 3. Observasi TTV 4. ajarkan teknik distraksi : dengar murotal Al-qur'an 5. anjurkan klien tidur dan istirahat yang adekuat 6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik
	Rabu, 14 Juli 2021	13.30 WITA	<p>Subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri ringan (2), nyeri yang dirasakan sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu.</p> <p>Objektif : klien nampak meringis dan mengerutkan wajahnya.</p> <p>Assesment : masalah belum teratasi. Planning : lanjutkan intervensi : 1, 2, 3, 5, dan 6 yaitu</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya 2. anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi : ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 3. Observasi TTV 4. ajarkan teknik distraksi : dengar murottal Al-qur'an 5. anjurkan klien untuk tidur dan istirahat yang adekuat 6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat analgetik
3	Kamis, 15 Juli 2021	11.30 WITA	<p>Subjektif : klien mengatakan nyerinya telah hilang dengan skala nyeri 0 (tidak nyeri).</p> <p>Objektif : klien nampak rileks</p> <p>Assesment : masalah teratasi dan klien bisa pulang</p> <p>Planning : pertahankan intervensi</p>

HASIL OBSERVASI

1. Hari pertama

- a. Pasien melaporkan skala nyeri dengan isyarat atau menggunakan skala nyeri



- b. Observasi apakah ada robekan perineum

Ya tidak

- c. Observasi apakah ada jahitan pada perineum

Ya tidak

- d. Observasi apakah ada infeksi

Ya tidak

- e. Observasi apakah robekan sampai anus

Ya tidak

- f. Apakah ibu nampak berkeringat

Ya tidak

- g. Apakah ibu selalu melindungi area nyeri

Ya tidak

- h. Apakah ibu mengalami gangguan tidur

Ya tidak

- i. Apakah ibu nampak gelisah

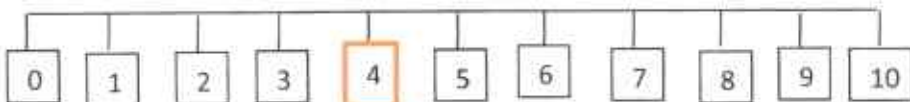
Ya tidak

- j. Apakah ibu nampak merintih

Ya tidak

2. Hari ke dua

- a. Pasien melaporkan skala nyeri dengan isyarat atau menggunakan skala nyeri



b. Observasi apakah ada robekan perineum

Ya tidak

c. Observasi apakah ada jahitan pada perineum

Ya tidak

d. Observasi apakah ada infeksi

Ya tidak

e. Observasi apakah robekan sampai anus

Ya tidak

f. Apakah ibu nampak berkeringat

Ya tidak

g. Apakah ibu selalu melindungi area nyeri

Ya tidak

h. Apakah ibu mengalami gangguan tidur

Ya tidak

i. Apakah ibu nampak gelisah

Ya tidak

j. Apakah ibu nampak merintih

Ya tidak

3. Hari ke tiga

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b. Observasi apakah ada robekan perineum

Ya tidak

c. Observasi apakah ada jahitan pada perineum

Ya tidak

d. Observasi apakah ada infeksi

Ya tidak

e. Observasi apakah robekan sampai anus

Ya tidak

f. Apakah ibu nampak berkeringat

Ya

tidak

g. Apakah ibu selalu melindungi area nyeri

Ya

tidak

h. Apakah ibu mengalami gangguan tidur

Ya

tidak

i. Apakah ibu nampak gelisah

Ya

tidak

j. Apakah ibu nampak merintih

Ya

tidak





LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : NUR ASYANG
NIM : 16027
NAMA PEMBIMBING 1 : Zulfia Samiun S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0928088702

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Rabu 05 Mei 2021	Pengajuan Judul Ace: Penetapan Asuhan Kep Pada Post partum dengan Ruptur Perineum dalam Perawatan Kesehatan Rasa Aliran Nyeri (nyeri)	
2.	Selasa 22 Mei 2021	BAB I → Lihat panduan, latar belakang terdiri atas 6 poin → Cari data terbaru pada wto → Uraikan urgensi ruptur perineum → Masukkan Geseap hasil Pendidikan yang terkait	
3.	Jumat 28 Mei 2021	BAB II → Tambahkan sumber terkait Askep Kesehatan nyeri → Perhatikan sistematika penulisan → Tambahkan sumber : penanganan nyeri → Setiap kutipan, masukkan sumbernya di belakang	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
4.	Jum'at 04 Juni 2021	BAB II → Kriteria inklusi → rencana pilih Puskesmas Geragawa Islam?? → Siapkan instrumen penelitian: lembar wawancara, lembar observasi → Ps. diag. operasional, gunakan bahasa sederhana.	
5	Kamis 10 Juni 2021	→ Lengkapi halaman depan sampai lampiran → Buat lembar observasi, lihat acuannya pada BAB I	
6	Sabtu 19 Juni 2021	→ kurangi data yang tidak diperlukan pada BAB I → Perhatikan sistematika penulisan → Daftar pustaka → Masukkan semua sumber yang digunakan	
7	Jum'at 25 Juni 2021	→ Daftar pustaka → susun berdasarkan abjad. → Lengkapi Lampiran : Instrumen Penelitian (lembar wawancara & lembar observasi), PSP, Informasi Consent	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
8	Senin 28 Juni 2021	<ul style="list-style-type: none">→ Aee PAA I, II, III→ Siapkan power point→ Persiapkan diri ujian Proposal	
9	Kamis 24 Juli 2021	<ul style="list-style-type: none">→ Urutkan semua hasil pengkajian yang ditemukan saat penelitian→ Pada pembahasan, masukkan teori-teori dan rumus penelitian yg terkait, lalu dasar dari pengkajian diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi	
10	Kamis 29 Juli 2021	<p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none">→ Persiapkan atau ulangi gejrek studi kasus→ Menjabarkan dasar EPA di hasil pengkajian→ Perbaiki semua kata yg harus italic→ Pada diagnosis, sebutkan nursing-nursing DS dan DO→ Perbaiki data implementasi hui II→ yg dibahas all apa yg kita temukan di pasien di kaitkan dg teori yg ada mulai dari pengkajian s/d evaluasi	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
11	Raeu 4 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">Perhatikan Sistematika PenulisanAbstrak di persiapkanPersiapkan pembahasan pengujianPersiapkan pembahasan implementasiPada pembahasan evaluasi, lihat kriteria evaluasi yg diharapkan pada BAB II	
12	Sagru 21 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">lihat ulang skala nyeri yang digunakan.Pada pembahasan implementasi, kaitkan dengan jurnal hasil penelitian/implementasi yang peneliti gunakan	
13	Raeu 25 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">hasil hasil implementasi, susun hasil tindakan saat itu.Pada evaluasi begini hasil, evaluasi yg dimaksudkan adalah saat peneliti sebelum pulang.Pada pembahasan, implementasi yg dibahas, bukan hasilnya	

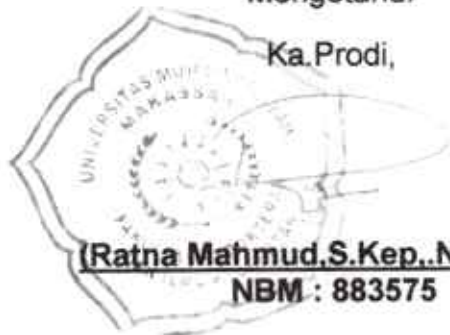


KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
14	Rabu 25 Agustus 2021	1) Lengkapi halaman depan sampai lampiran 2) Pada pembahasan harus hasil implementasi yang dibalok setelah tindakan	
15	Kamis 26 Agustus 2021	Ace KTI 1) Urus uji plagiasi 2) Persiapan dan ujian hasil	

Mengetahui

Ka. Prodi,



(Ratna Mahmud, S.Kep.,Ns.M.Kes)

NBM : 883575



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : NUR ASYANG
NIM : 16027
NAMA PEMBIMBING 2 : St. Suamiati S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0915018602

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Senin 14 Juni 2021	BAB I Kaji Kembali Jurnal yg mendukung artikel Hapus sebagian teori yg Persalinan normal yg tidak perlu BAB II Perbaiki penulisan BAB III - Hilangkan kata Normal pada judul Ikuti penulisan yg benar pada Daftar pustaka BAB III Perbaiki kriteria inklusi	
2.	Senin 20 Juni 2021		
3.	Rabu 23 Juni 2021	Perbaiki instrumen Penelitian.	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
4.	Kamis 24 Juni 2021.	BAB I perbaikan Penulisan, & sitasi Jurnal BAB II Balas tuntas teori / Konsep kebidanan Amn Nyanan	
5	Sabtu 26 Juni 2021.	BAB III Buat lembar pengajian / lembar observasi dan wawancara	
6	Rabu Sem 1 28 Juni 2021.	BAB I & II Acc. BAB III Hilangnya agama pada kriteria inklusi tambahan lembar observasi	
7	Rabu 30 Juni 2021.	BAB I, II, III Acc. Ums Administrasi Uji m Buat Power Point	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
8	Selasa 10 Agustus 2021	BMB IV Tulislah secara Hasil penghajian identifikasi masalah klien Nama dan Hasil Penelitian	
9	Sabtu 14 Agustus 2021	BMB IV Perbaiki penulisan perbaiki susunan kalimat & paragraf buat pembahasan	
10	Selasa 17 Agustus 2021	BMB IV kernis ten menjelaskan metode penghajian nyeri cari jurnal yg mendukung Pembahasan	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
11	Kamis 19 Agustus 2021	BAB <u>IV</u> Can jurnal yang mendukung 4/ bab ini di bagian pembahasan	
12	Sabtu 21 Agustus 2021	BAB <u>IV</u> Publiski penulisan tambahan keterbacaan Buat Bab V	
13	Senin 23 Agustus 2021	BAB V Publiski penulisan print lembar perschijua n ujian dan lakukan uji plagiasi	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
14	Kamis 26 Agustus 2021	BMB ✓ Perbukti Jarm	
15	Sabtu 28 Agustus 2021	ACC dan buat power point	



Mengetahui

Ka. Prodi

(Ratna Mahmud, S.Kep., Ns.M.Kes)

NBM : 883575



**JADWAL HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

TAHUN 2021

Nama pembimbing : Zulfia Samiun, S.Kep.Ns., M.Kes
NIDN : 0928088702

NO.	NIM	MAHASISWA	PERTEMUAN														
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII		
1	16027	Nur Asyang	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Makassar, 1 Juni 2021

Mengetahui

Pembimbing

(Zulfia Samiun, S.Kep. Ns., M.Kes)
NIDN : 0928088702

Ka. Prodi

(Khatna Mahrud, S.Kep.,Ns.M.Kes)
NIDN : 883575





**JADWAL HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

TAHUN 2021

Nama pembimbing : St. Suarniati, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN : 0915018602

NO.	NIM	MAHASISWA	PERTEMUAN														
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII		
1	16027	Nur Asyang	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs	Abs

Makassar, 1 Juni 2021

Menggetahui

Pembimbing

(ST. Suarniati, S.Kep.,Ns., M.Kes)
NIDN : 0915018602

Ka. Prodi

(Ratna Mahmud, S.Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 883575



Submission date: 26-Aug-2021 02:03PM (UTC+0700)

Submission ID: 1636159734

File name: KTI_Asyang_baru_banget_5.docx (596.38K)

Word count: 12191

Character count: 77204

ORIGINALITY REPORT

22%

SIMILARITY INDEX

22%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

- 1 nk12.blogspot.com Internet Source 6%
- 2 journal.poltekkes-mks.ac.id Internet Source 5%
- 3 bundociara.blogspot.com Internet Source 4%
- 4 www.scribd.com Internet Source 3%
- 5 repository.aisyahuniversity.ac.id Internet Source 2%
- 6 digilib.unisayogya.ac.id Internet Source 2%



Nama Instruktur: *Wahid Fakhri*

Exclude quotes Off
Exclude bibliography Off

Exclude matches < 2%