

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **IV.1 Hasil Penelitian**

##### **IV.1.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 18 September 2024 pada Ny.S dengan masalah rupture perineum derajat II pada primipara di ruang persalinan Klinik Kebidanan Khusniah Kecamatan Tajurhalang Kabupaten Bogor. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara yang menjadi data subjektif dan pemeriksaan fisik yang menjadi data objektif yang didapat dari hasil observasi.

##### a. Identitas

Pasien bernama Ny.S usia 28 tahun, agama islam, sudah menikah, bersuku jawa, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan pasien sehari-hari adalah bahasa Indonesia, beralamat di Tajurhalang dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga.

##### b. Resume

Pasien datang ke klinik kebidanan pada tanggal 18 september 2024 dengan keluhan perut sakit dengan durasi yang lama dan keluar sedikit cairan. Pasien tersebut akan menjalani proses persalinan dari pembukaan hingga pengeluaran uri. Pada masa pasca melahirkan sesaat setelah uri lahir, pasien mengeluh nyeri pada perineum dan pasien tidak bisa menggerakkan kaki serta tidak bisa merubah posisi tidur miring kanan dan kiri, pasien tampak kesulitan duduk dan berjalan. Masalah yang ditemukan pada saat post partum adalah pasien adalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang sudah dilakukan pada pasien adalah mengajarkan manajemen nyeri Teknik relaksasi nafas dalam dan latihan range of motion. Serta kolaborasi pemberian obat oral yaitu, Amoxilin 3x1 (500mg),

**Latifah Rahmah Andini, 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S PIA0 DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II DI KLINIK  
KECAMATAN TAJURHALANG KABUPATEN BOGOR**

UPN "Veteran" Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

Asam Mefenamat 3x1 (500mg), Sulfat Ferrous 2x1, Vitamin hufaneuron 2x1 (500mg), Calcifar 1x1 (500 mg) dan obat oles Ecodin. Namun, setelah dilakukan pengkajian pasien masih mengalami nyeri dan gangguan mobilitas fisik dengan didapatkan hasil setelah wawancara dan pemeriksaan fisik pasien tampak kesulitan merubah posisi duduk, kesulitan berjalan dan pasien tampak aktivitasnya dibantu sehingga menimbulkan kurangnya gerak tubuh pasien. Tindakan yang diberikan pada Ny. S adalah latihan relaksasi nafas dalam, latihan rentang gerak aktif (ROM) dan latihan vulva hygiene.

### c. Riwayat Kesehatan

#### 1) Riwayat Kesehatan Saat ini

##### a) Keluhan Utama

Pasca melahirkan segera setelah uri lahir, pasien mendapat 5 jahitan pada perineum dengan 2 jahitan pada vulva atas dan 3 jahitan pada perineum. Pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien tampak kesulitan miring kanan dan kiri, pasien tampak kesulitan duduk, pasien tampak tidak bisa dan dibantu untuk menggerakkan kaki, pasien tampak kesulitan berjalan sehingga dibantu dalam melakukan pergerakan.

##### b) Kronologis Keluhan

Pasien seorang ibu primipara yang dimana tafsiran persalinannya pada tanggal 24 september 2024 namun, pada tanggal 18 september 2024 perut Ny. S terasa mulas hebat yang kemudian pasien memutuskan untuk memeriksakan ke klinik, setelah pemeriksaan bahwa mulasnya sudah teratur yaitu muncul setiap 10 menit sekali dengan durasi 1 menit. Pasien dipersiapkan untuk proses persalinan dari mulai pembukaan 1- 10.

#### 2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

##### a) Riwayat alergi

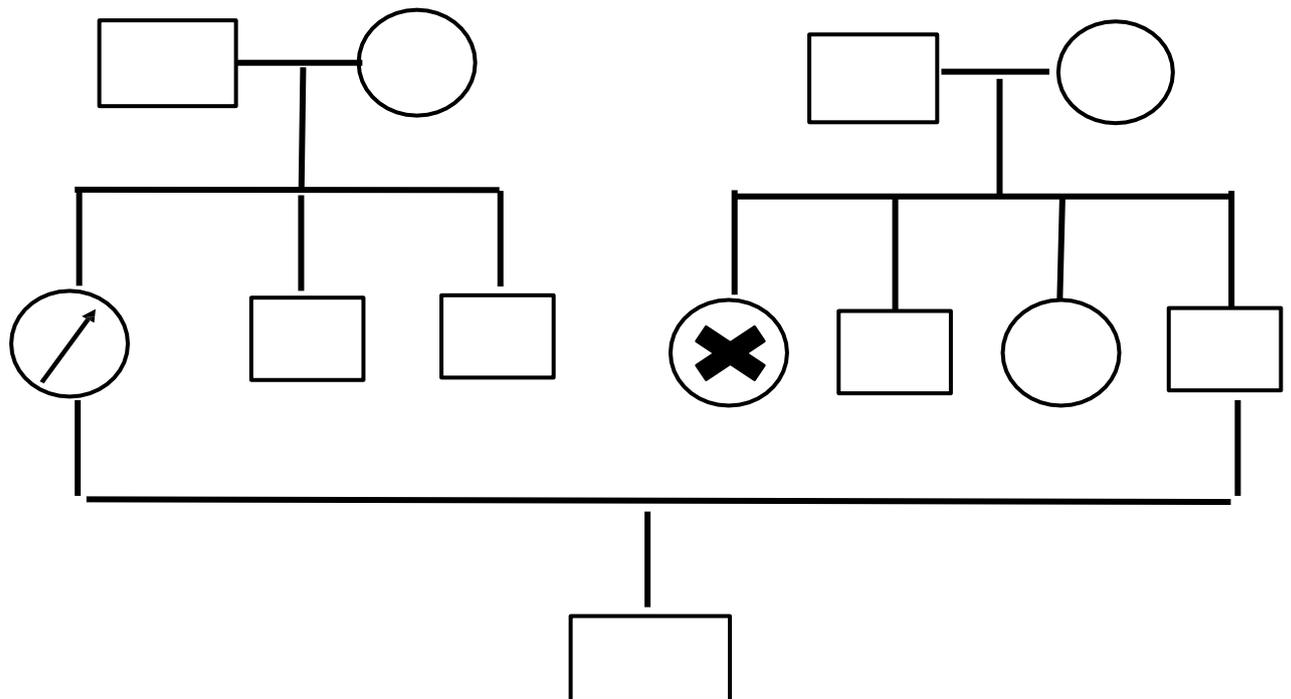
Pasien mengatakan bahwa dirinya alergi pada debu dan lingkungan kotor yang dapat membuat kulitnya bentol hingga bengkak namun,

pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat dan makanan.

- b) Riwayat Kecelakaan Tidak ada
- c) Riwayat di rawat Tidak ada
- d) Riwayat Penggunaan Obat-Obatan

Pasien mengatakan mengkonsumsi obat calcifar 1x1 (500g) setiap pagi dan vitamin hufaneuron 2x1 (500g) selama masa kehamilan

### 3) Kesehatan keluarga Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : perempuan

✕ : meninggal

↗ : pasien

Latifah Rahmah Andini, 2025

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S PIA0 DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II DI KLINIK  
KECAMATAN TAJURHALANG KABUPATEN BOGOR

UPN "Veteran" Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

#### 4) Psikososial dan Spiritual

##### a) Adakah orang yang paling dekat

Pasien mengatakan orang terdekatnya di ruang persalinan adalah Ny. B yaitu teman sekamar yang selalu memberikan masukan megejan yang baik berdasarkan pengalaman melahirkan.

##### b) Interaksi dalam keluarga

Pasien mengatakan sebelum dirinya datang ke klinik komunikasi dengan keluarganya baik dan selalu terbuka. Namun, setelah di klinik pasien berkomunikasi dua arah dan terbuka dengan bidan, teman sekamarnya dan suami yang menemaninya. Pasien juga mengikuti arahan bidan untuk berlatih berjalan dan bermain *gym-ball* untuk membuka jalan lahir secara alami.

##### c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga

Pasca melahirkan dengan keadaan sakitnya pasien membuat suaminya harus membelakangi pekerjaannya untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga suami pasien menjadi kurang tidur.

##### d) Masalah yang mempengaruhi pasien

Pasien mengatakan menjadi sulit melakukan aktivitas sehari-hari secara cepat seperti sebelum hamil.

##### e) Mekanisme coping terhadap stress

Pasien mengatakan dirinya tidak pernah pusing dalam menghadapi masalah, berpasrah saja dengan beribadah kepada Tuhan.

##### f) Pandangan terhadap penyakitnya

Hal yang dipikirkan pasien adalah jahitan pada perineumnya dapat pulih sebelum 1 bulan dan mampu beraktivitas sehari-hari sendiri

##### g) Sistem nilai kepercayaan

(1) Nilai-

nilai yang bertentangan dengan Kesehatan Pasien menga

takan tidak ada

(2) Rutinitas agama yang dilaksanakan

Klien menganut agama Islam, beribadah sholat 5 waktu dan setiap jumat mengikuti pengajian bersama yang diadakan oleh masyarakat setempat.

h) Kondisi lingkungan tempat tidur

Kondisi lingkungan tempat tidur pasien bersih namun tampak berantakan

i) Pola Harian

(1) Pola nutrisi

Pasien mengatakan makan 3x sehari diselingi cemilan 2 kali makan, selera makan tidak bermasalah, 1 porsi habis. Pasien mengatakan juga dalam sehari minum sekitar 1000 ml dan meminum susu 1 gelas sehari.

(2) Pola eliminasi

Pasien mengatakan mengganti diaper 1 hari 2 kali siang dan malam. Pasien belum buang air besar dari usai melahirkan hingga hari ketiga.

(3) Pola kebersihan diri

Pasien mengatakan mandi sehari 1 kali, begitu pula dengan menggosok gigi 1 kali sehari, untuk mencuci rambut pasien mengatakan 2 hari sekali. Pasien mengatakan aktivitas mandi dilakukan secara mandiri tanpa bantuan.

(4) Pola istirahat dan tidur

Pasien mengeluhkan jika siang hari tidur kurang lebih 1-2 jam, namun terkadang tidak tidur dan klien lebih memilih beraktivitas seperti menyapu dan mencuci piring. Tidur malam pasien kurang lebih 7-8 jam dimulai pukul 22.00 – 05.00 atau 06.00 WIB. Sebelum tidur malam biasanya pasien bermain HP atau mengobrol dengan suaminya.

(5) Pola latihan dan aktivitas

Pasien mengatakan setiap hari jumat mengikuti pengajian bersama dengan sistem bergantian rumah untuk ditempati pengajian. Pasien ikut duduk di lantai dengan berhati-hati agar menjaga jahitan perineumnya tidak rusak atau lepas. Pasien aktif melakukan aktivitas sehari-hari dengan pelan-pelan namun tuntas seperti menyapu, mengepel, mencuci piring, mencuci baju bayinya, dan membersihkan kasur. Pasien juga berlatih melakukan perawatan terhadap bayinya seperti memandikan bayinya pada hari ke-3.

(6) Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan semenjak aktivitasnya dibantu beliau berlatih mobilisasi dini karena dianjurkan oleh bidannya. Serta pasien mencoba melakukan vulva hygiene dengan benar karena dianjurkan oleh bidannya lantaran saat pemeriksaan vulva tampak kotor.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan secara umum

BB 48 kg, TB 149 cm, keadaan umum composmentis dan sedang mengalami sakit nyeri robekan perineum grade II

b) Sistem penglihatan

Tampak mata pasien simetris, konjungtiva pink, sklera anikterik, pupil bereaksi bagus terhadap cahaya, kelopak mata, kornea, otot mata normal, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

c) Sistem pendengaran

Secara fisik bentuk telinga normal, serumen tidak ada, tidak ada cairan yang keluar dari liang telinga, tinnitus tidak ada, faal pendengaran berfungsi baik tanpa menggunakan alat bantu mendengar, fungsi keseimbangan normal.

d) Sistem wicara

Cara bicara normal dan tidak terdapat kelainan pada sistem wicara pasien

e) Sistem pernafasan

Jalan nafas tampak bersih, tidak sesak dengan frekuensi nafas 18 kali per menit, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, pasien bernafas dalam, tidak ada batuk, suara nafas pasien terdengar vesikuler, pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

f) Sistem kardiovaskuler

Frekuensi nadi 60 kali per menit dengan irama teratur teraba denyutan kuat, tekanan darah 90/70 mmHg tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit teraba hangat, warna kemerahan, pengisian kapiler kurang dari 2 detik, serta edema tidak ada.

g) Sistem Hematologi

Pasien tampak segar, tidak terdapat perdarahan yang berarti pada pasien.

h) Sistem saraf pusat

Sistem persyarafan berfungsi baik, tidak ada keluhan nyeri kepala, pasien sadar penuh dengan GCS 15 (E4 V5 M6), tekanan intracranial tidak terjadi peningkatan.

i) Sistem pencernaan

Terdapat karies pada geraham atas namun tidak berlubang, lidah bersih, saliva normal, stomatitis tidak ada, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut, tidak diare namun konstipasi, bising usus pasien 8 kali per menit, perut teraba tegang atau sedikit keras.

j) Sistem endokrin

Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak tercium bau keton.

k) Sistem urogenital

Intake cairan pasien dalam 24 jam sekitar 1200 ml dan output lokhea pasien mengganti diapers sehari dua kali, output urine sehari 3 kali dengan intensitas kurang lebih 70 ml sekali, tidak ada

inkontinensia urine, tidak terdapat kepenuhan pada kandung kemih. Pasien dapat melakukan buang air kecil spontan 10 menit pasca melahirkan.

l) Sistem integument

Elastisitas kulit pasien baik, akral teraba hangat dengan suhu tubuh 36,8 derajat celcius, warna kulit kemerahan, tidak terdapat kelainan pada keadaan kulit pasien, keadaan rambut lepek dan kusut, terdapat kerontokan, keadaan kuku baik dan bersih.

m) Sistem musculoskeletal

Pasien mengatakan adanya hambatan melakukan aktivitas, nyeri jahitan pada perineum, kesulitan mobilisasi pergerakan dari berdiri ke duduk, dan dari duduk ke berdiri, tidak ada nyeri sendi atau tulang, tidak terdapat patah tulang, tidak ada gangguan pada proporsi tulang dan sendi namun pasien mengatakan lebih nyaman berdiri dibandingkan tiduran, kekuatan otot ekstremitas atas 5/5 dan ekstremitas bawah 4/4.

6) Penatalaksanaan

- a) Amoxilin 3x1 (500 mg) tab
- b) Asam Mefenamat 3x1 (500 mg) tab
- c) Sulfat Ferosus 2x1 tab
- d) Vitamin Hufaneuron 2x1 (500 mg) tab
- e) Calcifar 1x1 (500 mg) tab (pagi)

## 7) Data Fokus

**Tabel 5 Data Fokus**

<b>DATA FOKUS</b>	
DATA OBJEKTIF	DATA SUBJEKTIF
(1) Pasien tampak meringis kesakitan	(1) Pasien mengeluh tidak dapat melakukan rutinitas harian secara cepat
(2) Pasien tampak mengganti diapers 1x sehari	(2) Pasien mengatakan berdiri dapat mengurangi nyeri dibandingkan saat tiduran
(3) Aktivitas pasien dalam mobilisasi tampak dibantu suami	(3) Pasien mengeluh nyeri jahitan pada bagian perineum pasca melahirkan
(4) Vulva pasien tampak kotor	(4) Pasien mengatakan kesulitan mengganti diapers sendiri
(5) Tidak terdapat tanda inflamasi pada area luka jahitan	(5) Pasien mengatakan takut untuk membersihkan vulva setelah BAK
(6) Pasien tampak tidak dapat menggerakkan kaki pasca melahirkan	
(7) Pasien tampak kesulitan miring kanan dan kiri saat berbaring	
(8) Pasien tampak kesulitan saat duduk	
(9) Kekuatan otot ekstremitas atas 5/5	
(10) Kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4	
(11) TTV tekanan darah 90/70 mmHg, RR 18 kali per menit, nadi 60 kali per menit, suhu 36,8 derajat celcius, BB 48 kg dan TB 149 cm	

## 8) Analisa Data

**Tabel 6 Analisa Data**

No Dx	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	<p><b>DS</b></p> <p>1) Ps mengatakan nyeri jahitan sangat terasa terutama bila duduk dan berubah posisi</p> <p>2) (P) penyebab nyeri luka robekan perineum dan mendapat 5 jahitan, pasien mnegatakan penyebab yang memperingan nyeri adalah berdiri/berjalan sedangkan penyebab yang memperberat nyeri adalah berbaring dan duduk</p> <p>3) (Q) kualitas nyeri pasien mengatakan seperti ditusuk tusuk jarum</p> <p>4) (R) radian nyeri pasien mengatakan berada pada area perineum yaitu vulva atas dan bawah</p> <p>5) (S) skala nyeri pasien mengatakan skala 7 (1-10)</p> <p>6) (T) time nyeri pasien mengatakan nyeri sering muncul sewaktu-waktu</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma perineum postpartum)

Latifah Rahmah Andini, 2025

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S PIA0 DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II DI KLINIK  
KECAMATAN TAJURHALANG KABUPATEN BOGOR

UPN "Veteran" Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

	<p>tanpa penyebab,</p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ps tampak menahan sakit dengan lebih banyak diam</li> <li>2) Ps tampak meringis</li> </ol>			
2.	<p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ps mengatakan sangat tersiksa Ketika bermobilisasi seperti dari duduk lalu berdiri, dari berdiri lalu duduk, dan sulit berjalan</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ps tampak kesulitan merubah posisi, sulit duduk, berdiri, bahkan tidak bisa jongkok</li> <li>2) Kekuata motot ekstremitas atas tampak 5/5 dan ekstremitas bawah 4/4.</li> </ol>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

3.	<p><b>DS:</b></p> <p>1) Ps mengatakan masih takut untuk membersihkan genetalia nya sehabis pipis</p> <p><b>DO:</b></p> <p>1) Genetalia tampak kotor (vulva atas dan bagian perineum)</p> <p>2) Ps tampak mengalami robekan perineum grade II</p> <p>3) Ps tampak mendapat 5 jahitan pada vulva atas 2 jahitan dan vulva bawah 3 jahitan</p>	Risiko infeksi	Efek prosedur invasive	Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (jahitan postpartum)
----	---	----------------	------------------------	--

#### IV.1.2 Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tanggal ditemukan : 18 September 2024

Nama Mahasiswa : Latifah Rahmah Andini

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tanggal ditemukan : 18 September 2024

Nama Mahasiswa : Latifah Rahmah Andini

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

Tanggal ditemukan : 18 September 2024

Nama Mahasiswa : Latifah Rahmah Andini

### IV.1.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 7 Intervensi Keperawatan**

<b>Tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Tindakan</b>	<b>Rasional</b>	<b>Ttd Mhs</b>
18 septem ber 2024	1. D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma perineum post partum)	L.08063 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :  a. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologisme meningkat  b. Dukungan orang terdekat meningkat  c. Keluhan nyeri menurun  d. Penggunaan analgesic menurun	I.08238 Managemen nyeri  a. Identifikasi nyeri PQRST  b. Berikan Teknik nonfarmakologis (terapi pijat)  c. Fasilitasi istirahat dan tidur  d. Kolaborasi pemberian analgesic	Managemen nyeri  a. untuk mengkaji seperti apa rasa nyeri yg dialami klien  b. untuk meringankan rasa sakit  c. untuk mendistrak rasa sakit  d. Untuk meredakan peradangan lokal	

Latifah Rahmah Andini, 2025

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S PIA0 DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II DI KLINIK  
KECAMATAN TAJURHALANG KABUPATEN BOGOR

UPN "Veteran" Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

<b>Tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Tindakan</b>	<b>Rasional</b>	<b>TtdMhs</b>
18 Septe mber 2024	2. D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	L.05042 Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dg kriteria hasil:  a. Mampu bergerak mandiri meningkat b. Rentang gerak ROM meningkat c. Nyeri menurun d. Cemas menurun e. Keterbatasan gerak menurun f. Lemah fisik menurun	I.05173 Dukungan mobilisasi a. Kaji nyeri fisik b. Kaji toleransi pergerakan c. Pantau frekuensi jantung dan tensi sebelum mobilisasi d. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM) e. Libatkan keluarga untuk membantu pergerakan f. Anjurkan melakukan mobilisasi dini g. Ajarkan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan	Dukungan mobilisasi a. Untuk mengenali keluhan fisik klien b. untuk mengetahui keamanan batasan klien terait latihan gerak c. Memantau kemampuan jantung dan tekanan darah sebelum dilakukan Latihan gerak. d. Melatih klien untuk melakukan kegiatan e. Agar anggota keluarga merawat dan support klien	

				<p>f. Memberikan saran pada klien untuk melakukan terapi gerak</p> <p>g. Memberi tahu klien cara latihan pergerakan dini</p>	
<b>Tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Rencana Tindakan</b>	<b>Rasional</b>	<b>TtdMhs</b>
18 Septe mber 2024	3. D.0142 Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (jahitan postpartum)	L.14137mSetelah dilakukan tindakan keperawatan selama13x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dg kriteria hasil:  a. Kebersihan badan meningkat b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Drainase purulent menurun	I.14539 Pencegahan infeksi  a. Monitor tanda dan gejala infeksi local b. Jelaskan tanda dan gejala infeksi c. Berikan perawatan kulit d. Ajarkan cara memeriksa kondisimluka e. Anjurkan peningkatan asupan nutrisi	Pencegahan infeksi  a. personal hygne klien b. Mengetahui faktor budaya dan kebiasaan yang menghambat perawatan diri c. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga agar dapat melakukan tindakan perawatan	

				tubuh secara mandiri berikutnya.	
--	--	--	--	----------------------------------	--

#### IV.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma perineum postpartum)

1) Pelaksanaan

Rabu, 18 September 2024

a) 09.00 Mengkaji nyeri PQRST (Penyebab, Kualitas, Radian, Skala, Time)

Hasil:

(1)Ps mengatakan **Penyebab** nyeri hanya dari jahitan

(2)Ps mengatakan **Quality** seperti tertusuk jarum,

(3)Ps mengatakan letak nyeri **Radian** pada genetalia,

(4)Ps mengatakan **Skala** nyeri 8 (1-10),

(5)Ps mengatakan **Time** muncul setiap berubah posisi duduk dan berubah posisi kaki dg durasi 10 detik

b) 11. 30 Memberikan obat antinyeri Asam Mefenamat 3x1 (500 mg) tab secara oral kepada pasien

Hasil:

(1)Pasien tampak berkurang meringisnya

(2)Pasien tampak menjadi lebih bisa berjalan sesegera 10 menit pasca melahirkan

c) 14.00 Berkolaborasi memberikan obat kepada pasien untuk perawatan mandiri dirumah yaitu Amoxilin 3x1 (500 mg), Asam Mefenamat 3x1 (500mg), Sulfat Ferous 2x1, Vitamin hufaneuron 2x1 (500mg), Thiamine hcl 100 mg, Calcifar 1x1 500 mg), Ecodin.

Hasil:

(1)Ps tampak diberikan obat Amoxilin 3x1 \*agar tdk ada infeksi

saluran kemih, Asam Mefenamat 3x1 (500mg) sebagai analgesik dan Sulfat Ferrous 2x1 \*Mencegah deficit zat besi

(2)Ps tampak meminum ketiga obat tersebut 1 jam setelah melahirkan setelah sarapan bubur 1 porsi

Kamis, 19 September 2024

a) 09.00 Mengkaji nyeri PQRST

Hasil:

(1)Ps mengatakan rasa sakitnya berkurang dg skala 6 (1-10)

(2)Ps mengatakan nyeri muncul saat tidur dengan posisi miring kanan dan kiri, rasanya seperti ngilu pada bagian kemaluan

Jumat, 20 september 2024

a) 09.00 Mengkaji nyeri PQRST

Hasil:

(1)Ps mengatakan rasa sakitnya berkurang dg skala 5 (1-10)

(2)Ps mengatakan nyeri muncul saat tidur dengan posisi miring kanan dan kiri, rasanya seperti ngilu pada bagian kemaluan

b) 10.00 Memberikan Teknik non-farmakologis antinyeri terapi pijat

Hasil:

(1)Ps mengatakan sangat enak sekali dipijat

(2)Ps mengatakan pijatan membuatnya senang dan nyaman

(3)Ps tampak tersenyum

(4)Ps tampak terdistraksi dari rasa nyeri

c) 14.00 Mengingatkan anjuran rutin meminum obat yang diberikan bidan.

Hasil:

(1)Ps mengatakan rutin meminum obat tepat waktu

(2)Ps tampak menunjukkan sisa obat yang telah diminumnya

2) Evaluasi :

Rabu, 18 september 2024

a) Subjektif

Pasien mengatakan skala nyeri berkurang setelah meminum obat

Asam Mefenamat 3x1 (500 mg) melalui oral, dari skala 8 menjadi 7 (skala 1-10)

b) Objektif

Pasien tampak sudah paham dan menganggukan kepala saat diberikan anjuran asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan jahitan dan luka robekan adalah dengan memperbanyak asupan protein hewani

c) Analisa Masalah

Masalah belum teratasi

d) Perencanaan

Intervensi dilanjutkan yaitu kaji nyeri PQRST

Kamis, 19 september 2024

a) Subjektif

Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 7 menjadi 6 (skala 1-10)

b) Objektif

Jahitan tampak masih basah

c) Analisa Masalah

Masalah teratasi Sebagian

d) Perencanaan

(1)Kaji nyeri PQRST

(2)Berikan Teknik non-farmakologis (terapi pijat)

(3)Anjurkan meminum obat yang diberikan bidan yaitu Asam Mefenamat 3x1 (500 mg) tab secara oral, Sulfat Ferous 2x1 tab secara oral, Vitamin hufaneuron 2x1 (500 mg) tab secara oral, calcifar 1x1 (500 mg) tab secara oral, dan Ecodin obat cair secara topical

(4)Fasilitasi istirahat dan tidur

Jumat, 20 september 2024

a) Subjektif

(1)Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dari skala 6 menj

adi 5 (skala 1-10)

(2) Pasien mengatakan nyeri masih muncul saat berbaring, rasanya ngilu

(3) Pasien mengatakan merasa lebih baik setelah dipijat karena pegal-pegalnya yang sangat terasa dapat membaik

(4) Pasien mengatakan sudah rutin minum obat yang diberikan bidan yaitu asam mefenamat 3x1 (500 mg) tab secara oral, sulfat ferrous 2x1 tab secara oral, vitamin hufaneuron 2x1 (500 mg) tab secara oral, calcifar 1x1 (500 mg) tab secara oral

(5) Pasien mengatakan sudah bisa mengatur jam istirahat dan tidurnya

(6) Pasien mengatakan kalau malam jarang bergadang

b) Objektif

(1) Pasien tampak menjadi lebih senang sesudah diberikan terapi antinyeri non-farmakologis terapi pijat dibandingkan sebelum diberikan terapi

(2) Pasien tampak segar dan berkecukupan kebutuhan tidurnya

c) Analisa Masalah

Masalah teratasi Sebagian

d) Perencanaan

(1) Berikan Teknik non-farmakologis antinyeri terapi pijat dengan bantuan keluarga

(2) Fasilitasi istirahat dan tidur secara mandiri

(3) Rutin minum obat asam mefenamat 3x1 (500 mg) tab secara oral, sulfat ferrous 2x1 tab secara oral, vitamin hufaneuron 2x1 (500 mg) tab secara oral, calcifar 1x1 (500 mg) tab secara oral secara mandiri

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

1) Pelaksanaan

Rabu, 18 september 2024

a) 10.00 Mengenali keluhan fisik

Hasil:

- (1)Ps mengatakan jahitannya terasa sakit
- (2)Ps tampak lemas
- b) 10.10 Menganjurkan mobilisasi dini pasca melahirkan sederhana seperti duduk dan berjalan

Hasil:

- (1)Ps tampak mencoba berjalan dengan bantuan suami ke kamar mandi
- c) 10.40 Memberi tahu toleransi pergerakan fisik pasca melahirkan seperti tidak boleh menggantung kaki dari tempat tidur tanpa pijakan

Hasil:

- (1)Pasien mengatakan bahwa dirinya beruntung diberikan informasi yang belum pernah ia ketahui sebelumnya oleh bidan
- (2)Pasien tampak mengikuti anjuran bidan dengan duduk sambil menginjak pijakan dengan tangga kecil
- d) 13.00 Menganjurkan mobilisasi dini seperti berjalan jalan disekitar ruang bersalin
- (1)Pasien tampak mengikuti anjuran bidan dengan berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi
- (2)Pasien tampak dibantu bermobilitas oleh suaminya

Kamis, 19 september 2024

- a) 09.30 Mengidentifikasi keluhan fisik

Hasil:

- (1)Ps mengatakan tidak begitu lemas
- (2)Ps mengatakan pergerakan berjalannya lambat
- (3)Ps mengatakan sulit merubah posisi duduk ke berdiri dan sebaliknya
- (4)Ps mengatakan terkadang sakit jika posisi tidur miring kanan dan kiri
- b) 09.40 Mengidentifikasi toleransi aktifitas seperti duduk boleh

dilakukan berdiri

Hasil:

(1)Ps mengatakan belum berani pipis sambil duduk di wc duduk ataupun jongkok

(2)Ps mengatakan belum bisa duduk silang

(3)Ps mengatakan belum berani duduk melebarkan kaki kedepan

c) 10.00 Memeriksa frekuensi jantung dan tensi sebelum latihan mobilisasi

Hasil:

(1)Tekananidarah tampak 120/80

(2)Nadi 60x/menit

d) 10.10 Memfasilitasi melakukan pergerakan seperti kegiatan sehari-hari pada aktivitas biasanya dengan intensitas yang ringan dan memfasilitasi latihan ROM aktif

Hasil :

(1)Ps tampak mengikuti Latihan ROM aktif untuk bagian tangan, kepala dan kaki

(2)Ps tampak berlatih menyapu, berjalan, dan membungkuk

(3)Ps tampak mencoba mencuci piring berdiri di washtafle

(4)Ps tampak merapihkan perkakas rumah dengan pergerakan berjalan, membungkuk

(5)Ps tampak mencoba melipat baju dengan posisi duduk miring dan rapat

(6)Ps tampak memperhatikan anggota keluarga lain cara memandikan bayi

(7)Ps tampak mencoba memakaikan baju ke bayinya dengan bantuan anggota keluarga lain

e) 12.00 Menyarankan melibatkan keluarga dalam membantu pergerakan

Hasil:

(1)Tampak suami pasien membantu memegangi saat pasien mau

berdiri dari duduknya

(2)Tampak suami pasien membantu memakaikan pempers pasien setelah pipis

(3)Tampak suami pasien membantu melakukan perawatan bayi seperti mengganti popok, dan memakaikan baju, bedong, dan menggendong bayi

Jumat, 20 september 2024

a) 09.30 Mengidentifikasi keluhan fisik

Hasil:

(1)Ps mengatakan terkadang sakit jika posisi tidur miring kanan dan kiri

b) 09.40 Mengidentifikasi toleransi aktifitas

(1)Ps mengatakan belum berani pipis sambil duduk di wc duduk ataupun jongkok

(2)Ps mengatakan belum bisa duduk silang

(3)Ps mengatakan belum berani duduk melebarkan kaki kedepan

2) Evaluasi

Rabu, 18 September 2024

a) Subjektif

(1)Pasien mengatakan sudah bisa merubah posisi tidur ke duduk dengan sangat perlahan

(2)Pasien mengatakan masih lemas saat berjalan ke kamar mandi

b) Objektif

Pasien masih dibantu pergerakan ke kamar mandi, dipakaikan pempers dan dipegangi tangannya saat pipis oleh suaminya

c) Analisa Masalah

Masalah belum teratasi

d) Perencanaan

(1)Identifikasi keluhan fisik

(2)Identifikasi toleransi aktivitas

(3)Periksa frekuensi jantung dan tensi

(4)Fasilitasi pergerakan

(5)Anjurkan melibatkan keluarga dalam pergerakan

Kamis, 19 september 2024

a) Subjektif

(1)Pasien mengatakan masih sakit jika tidur mika-miki rasanya ngilu pada bagian kemaluan

(2)Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas rumah tangga dengan intensitas yang ringan

(3)Pasien mengatakan pergerakan berjalannya membaik (sudah lumayan agak cepat)

(4)Pasien mengatakan sudah tidak begitu lemas

b) Objektif

(1)Pasien tampak masih duduk dengan posisi merapatkan kaki

(2)Pasien tampak belum bisa duduk silang

(3)Pasien tampak sudah lebih luwes melakukan pergerakan

(4)Pasien tampak mengulang latihan ROM aktif pada bagian kaki, tangan dan kepala dengan baik

(5)Pasien tampak masih sedikit lambat pergerakan dari duduk ke berdiri begitu juga sebaliknya

(6)Tensi dan Nadi pasien tampak membaik yaitu TD 120/80 dan Nadi 60 kali per menit

(7)Pasien tampak lebih senang dan cepat belajar melakukan aktivitas sehari hari dan merawat bayinya karena suaminya ikut andil dalam merawat pasien dan bayinya serta mensupport pasien

c) Analisa Masalah

Masalah teratasi sebagian

d) Perencanaan

(1)Identifikasi keluhan fisik

(2)Identifikasi toleransi aktivitas

Jumat, 20 septemeber 2024

a) Subjektif

Pasien mengatakan masih belum berani pipis duduk atau jongkok

b) Objektif

Pasien sudah bisa mengenakan celana dan pempers sendiri perlahan namun masih agak kesulitan

c) Analisa Masalah

Masalah teratasi Sebagian

d) Perencanaan

(1) Berikan dukungan mobilisasi/pergerakan secara mandiri ataupun dibantu keluarga

(2) Lakukan ROM aktif mandiri

c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (jahitan perineum)

1) Pelaksanaan

Rabu, 18 september 2024

a) 11.00 Memeriksa Kembali gejala dan tanda infeksi

Hasil:

(1) Tampak genitalia ps tidak ada pembengkakan dan perdarahan normal

b) 11.30 Memberikan perawatan kulit

Hasil:

(1) Ps diberikan olesan betadine pada vulva dan perineum

Kamis, 19 september 2024

a) 13.00 Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka dengan cara perawat memberikan edukasi kepada suami pasien

Hasil:

(1) Ps tampak dibantu suami dalam memeriksa kondisi jahitan dan warna darah, serta banyaknya darah

(2) Ps tampak diberikan perawatan kulit oleh suaminya dengan mengoleskan betadine pada bagian genitalnya

Jumat, 20 september 2024

a) 12.00 Memeriksa tanda dan gejala infeksi local

Hasil:

- (1) Genetalia pasien tampak kemerahan
- (2) Genetalia pasien tampak tidak ada bengkak
- (3) Genetalia pasien tampak kotor
- (4) Ps mengatakan tidak ada rasa panas pada bagian genetaliaanya
- (5) Ps mengatakan tidak mengalami demam

b) 12.30 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi

Hasil:

- (1) Ps tampak mendengarkan dengan cermat

c) 12.40 Memberikan perawatan kulit

- (1) Ps tampak meringis saat diolesi betadine
- (2) Ps tampak mempraktikan ulang cara perawatan kulit dg membersihkan vulva (vulva hygiene) dengan

d) 13.20 Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka

- (1) Jahitan tampak bagus tidak ada kerusakan pada jahitan
- (2) Genetalia tampak kotor
- (3) Ps tampak memahami cara membersihkan genetalia terutama area luka
- (4) Ps mengatakan perdarahan semakin sedikit

e) 14.10 Mengingatnkan anjuran asupan nutrisi protein dan sayur

Hasil:

- (1) Ps mengatakan tetangga dan keluarganya sering membawakan sayur
- (2) Ps mengatakan sudah memperbanyak konsumsi sayur, ikan dan ayam

2) Evaluasi

Rabu, 18 september 2024

a) Subjektif

**Latifah Rahmah Andini, 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S PIAO DENGAN RUPTUR PERINEUM DERAJAT II DI KLINIK  
KECAMATAN TAJURHALANG KABUPATEN BOGOR**

UPN "Veteran" Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

Pasien mengatakan sudah mengerti anjuran asupan supaya mempercepat penyembuhan luka dan asupan untuk memperlancar asi

b) Objektif

(1) Pasien tampak sudah diberikan obat oles betadine merk ecodine untuk menghindari infeksi luka

(2) Pasien tampak sudah meminum obat amoxilin dengan dosis 500 mg interval 3x1 melalui oral, setelah 10 menit pasca melahirkan

c) Analisa Masalah

Masalah belum teratasi

d) Perencanaan

(1) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka

Kamis, 19 september 2024

a) Subjektif

Pasien mengatakan tidak ada keluhan kesulitan BAK

b) Objektif

(1) Pasien sudah diberikan perawatan luka oleh perawat dengan bantuan suaminya dengan mengoleskan betadine merk ecodine pada bagian jahitan

(2) Lokhea pasien tampak sudah berkurang jumlahnya sekitar 40 ml namun masih berwarna rubra

(3) Jahitan tampak masih basah

(4) Genetalia pasien tampak tidak ada pembengkakan

c) Analisa Masalah

Masalah teratasi Sebagian

d) Perencanaan Intervensi dilanjutkan

(1) Periksa dan jelaskan tanda gejala infeksi

(2) Berikan perawatan kulit (vulva hygiene)

(3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka

(4) Anjurkan minum obat yang diberikan bidan yaitu asam mefenamat 3x1 (500 mg) tab secara oral, sulfat ferrous 2x1 tab

oral, vitamin hufaneuron 2x1 (500 mg) tab secara oral, calcifar 1x1 (500 mg) tab secara oral, serta rutin menggunakan obat oles betadine merk ecodin

(5)Anjurkan asupan nutrisi protein dan sayuran

Jumat, 20 september 2024

a) Subjektif

Pasien mengatakan masih takut untuk membersihkan genitalia sehabis pipis

b) Objektif

(1)Pasien mengatakan sudah perbanyak konsumsi protein dan sayur

(2)Pasein mengatakan darah nifas sudah berkurang

(3)Genetalia pasien tampak kotor

(4)Lokhea tampak masih rubra

(5)Lokhea tampak sudah berkurang yaitu 30 ml

(6)Pasien tampak bisa melakukan perawatan luka mandiri dengan mengoleskan betadine ke area luka pada vulva dan perineum

c) Analisa Masalah

Masalah teratasi Sebagian

d) Perencanaan

(1)Cukupi asupan protein dan sayuran secara mandiri

(2)Lakukan perawatan luka dan pencegahan infeksi secara mandiri ataupun dibantu keluarga

(3)Lakukan vulva hygiene mandiri

## IV.2 Pembahasan

Pemeriksaan awal, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi serta penilaian ulang keperawatan yang telah dilakukan sebagai cara pendekatan asuhan kepada Ny.S penulis akan membahas keterkaitan teori dengan kasus yang muncul selama melakukan serangkaian kegiatan keperawatan.

### IV.2.1 Pengkajian

Fase awal dan mendasar dari asuhan keperawatan adalah pemeriksaan awal. Pada pemeriksaan awal adalah tahap penting yang menentukan untuk tahap selanjutnya. Kemampuan mengenali masalah yang muncul akan menjadi acuan dalam menegakkan diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2012).

Rupture perineum adalah luka robekan pada jaringan perineum sebagai jalan lahir baik akibat luka spontan maupun episiotomy pada saat persalinan janin (Walyani dan Purwoastuti, 2021). Begitu juga pada Ny.S yang mengalami ruptur perineum akibat partus spontan. Klasifikasi robekan ruptur perineum menurut Fatimah dan Lestari (2019) terdiri dari derajat I yaitu robekan hanya mengenai mukosa vagina bagian depan dan kulit perineum, derajat II lebih dalam melibatkan robekan mencapai otot perineum, derajat III lebih lanjut mengenai stingfer ani eksternal, dan derajat IV robekan paling parah dimana luka mencapai bagian mukosa rectum dan membuat stingfer ani menjadi terbuka. Dimana pada kasus Ny.S mengalami ruptur perineum derajat II, yang berarti robekan mencakup mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum. Tidak rutin senam hamil sebelum persalinan, berat janin lebih dari 4000 gram, persalinan terlalu cepat kurang dari 2 jam, persalinan terlalu lama lebih dari 2 jam, pempinan persalinan yang salah dan tidak mendorong kuat fundus uteri, serta persalinan dengan menggunakan alat episiotomy merupakan penyebab ruptur perineum menurut Ferinawati dan Marjuani (2020). Begitu pula selaras dengan kasus pada Ny. S yang mengalami ruptur akibat factor ibu primipara dengan pengalaman pertama kali melahirkan, jarang melakukan senam selama masa kehamilan terutama mendekati waktu kelahiran, serta persalinan kala II yang lebih dari 2 jam.

Perubahan fisik pada ibu setelah melahirkan yaitu suhu tubuh meningkat 0,5 derajat dari normal dalam 12 jam masa postpartum namun tidak lebih dari 38

derajat, denyut nadi menjadi lebih lambat, tekanan darah sedikit lebih rendah namun apabila tekanan darah mengalami peningkatan yang signifikan perlu dicurigai timbulnya preeklamsia postpartum serta frekuensi nafas akan meningkat saat dan sesaat setelah partus setelah ibu mengejan yang membutuhkan oksigen lebih banyak. Begitu pula yang terjadi pada kasus Ny. S dengan tanda dan gejala tekanan darah sedikit lebih rendah yaitu 90/70 mmHg, denyut nadi 60 kali per menit, frekuensi nafas 18 kali per menit, suhu tubuh 36,8 derajat celsius. Dimana tanda dan gejala fisik yang dialami Ny. S dalam kategori normal terjadi pada pemeriksaan ibu postpartum sesaat setelah melahirkan.

Selain itu, perubahan psikologis ibu pasca partum terbagi menjadi tiga menurut Walyani dan Purwoastuti (2020) yaitu fase taking in adalah fase ibu postpartum menceritakan semua proses persalinan yang dialaminya, fase taking hold adalah fase ibu belajar merawat bayinya dan timbul perasaan khawatir tidak bisa merawat bayinya dan perasaan ibu menjadi sensitif, kemudian fase letting go merupakan fase merawat bayi mandiri dan belajar tanggung jawab mengemban peran sebagai ibu. Dimana pada kasus Ny. S mengalami tanda dan gejala perubahan psikologis pada fase taking in. Tanda dan gejala baik perubahan fisik maupun psikologis apabila tidak diberikan asuhan dengan baik dapat menimbulkan komplikasi seperti perdarahan melebihi 500 cc akibat robekan perineum dan retensi plasenta melebihi 30 menit atau sisa plasenta yang masih tertinggal, tekanan darah menurun 30 mmHg, Hb turun 3%. Komplikasi lainnya dapat dilihat apabila tanda dan gejala suhu pasien melebihi 38 derajat perlu dicurigai komplikasi infeksi, infeksi endometritis, infeksi mastitis, infeksi saluran kemih. Komplikasi dari tanda dan gejala perubahan psikologi ibu post partum dapat menimbulkan depresi postpartum (Aspiani, 2017). Pada kasus Ny. S tanda dan gejala terobservasi dengan baik sehingga tidak menimbulkan komplikasi. Namun tanda dan gejala yang dialami Ny.S terkait robekan perineumnya menyebabkan Ny. S mobilitasnya dibantu. Pengkajian dilakukan kepada pasien saat kondisi pasien kondusif disertai dengan pemeriksaan fisik head to toe yang dilengkapi dengan buku dan jurnal mengenai asuhan keperawatan Post Natal Care dengan primipara rupture perineum.

#### IV.2.2 Diagnosis Keperawatan

Hasil dari jawaban pasien terhadap penilaian klinis untuk mengetahui Kesehatan yang bermasalah baik actual maupun potensial (PPNI, 2017). Menurut Wayan (2017), Arma (2015), serta Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), terdapat beberapa diagnosis yang dapat ditegakkan pada ibu pasca partus, khususnya primipara. Diagnosis tersebut meliputi nyeri akut yang berkaitan dengan agen pencedera fisik akibat proses persalinan, menyusui yang tidak efektif akibat ketidakadekuatan suplai ASI, serta gangguan pola tidur yang disebabkan oleh kurangnya kontrol tidur.

Selain itu, ibu post partum juga dapat mengalami defisit pengetahuan akibat kurangnya paparan informasi mengenai perawatan pasca persalinan. Risiko infeksi juga menjadi salah satu diagnosis keperawatan yang perlu diwaspadai, yang ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. Di samping itu, terdapat pula risiko gangguan perlekatan, yang umumnya ditandai dengan kekhawatiran dalam menjalankan peran sebagai orang tua. Diagnosis keperawatan ini penting untuk diidentifikasi guna memberikan intervensi yang tepat sehingga ibu dapat menjalani masa nifas dengan lebih nyaman dan aman.

Diagnosa yang ditegakkan pada Ny. S yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan robekan perineum postpartum dengan keadaan pendukung pasien mendapat jahitan pada perineum sebanyak 5 jahitan keadaan tersebut membuat pasien merasa nyeri terutama bila duduk dan merubah posisi, pasien juga tampak meringis dan menahan sakit dengan lebih banyak diam. Dikarenakan proses persalinan baik spontan maupun dengan alat dan terjadi baik pada primipara maupun multipara kemungkinan besar akan mengalami ruptur perineum pada saat pengeluaran janin, hal ini sejalan dengan penelitian menurut (Walyani dan Purwoastuti, 2021) robekan spontan perineum dan vagina dapat terjadi saat kepala dan bahu bayi mulai keluar karena jalan lahir yang meregang dengan maksimal mampu merobek jaringan perineum dan sekitarnya. Pada kasus Ny.S nyeri akut tersebut disamping karena ruptur perineum juga disebabkan karena Ny.S mendapat jahitan sebanyak 5 jahitan yang mana selaras dengan penelitian (Solikha, et al., 2023) karena ruptur perineum harus ditangani

dengan cara menjahit luka lapis demi lapis agar tidak membuat emboli darah masuk kedalam vagina yang dapat menimbulkan komplikasi lainnya. Pada tahap robeknya perineum dan tahap penjahitan merupakan tahap kontak dengan stimulus nyeri untuk diterima di ujung syaraf reseptor menuju syaraf pusat yang kemudian diterjemahkan tubuh dengan pengeluaran bahan kimia alami tubuh seperti prostaglandin, bradykinin, histamin dan serotonin yang menghasilkan suatu persepsi nyeri dapat bersifat subjektif atau dapat diterjemahkan kedalam tubuh sehingga organ bereaksi terhadap nyeri seperti meringis, bersifat protektif, acuh, dan murung. Persepsi nyeri yang kurang dari 6 bulan mengakibatkan terjadinya nyeri akut.

Diagnosis kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan keadaan pendukung pasien tampak kesulitan merubah posisi, sulit duduk dan berdiri, tidak bisa jongkok dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4 dengan penilaian pasien tidak mampu melawan gravitasi, pasien juga mengatakan kesulitan dan sangat sakit saat berjalan, merubah posisi duduk, dan saat melakukan pergerakan anggota gerak bawah. Rupture perineum merupakan jaringan dan kulit yang terputus sehingga menyebabkan nyeri dan dapat mengganggu aktivitas fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian (Kusumastuti, dkk., 2024) melakukan mobilitas dini selama masa post partum dapat mengurangi nyeri pada robekan perineum sehingga ada hubungan antara nyeri dengan mobilitas fisik. Pada kasus Ny. S gangguan mobilitas fisik terjadi karena perubahan fisik pasca melahirkan meliputi penurunan fungsi tubuh sehingga Ny. S mengalami penurunan fungsi otot ekstremitas bawah 4/4 yaitu tidak dapat melawan gravitasi, hal ini dijelaskan menurut penelitian (Yuliana dan Hakim, 2020) perubahan fisiologi dan psikologi ibu dalam periode pemulihan pasca partum sehingga membuat rasa ketidaknyamanan hingga kemungkinan membuat timbul masalah patologis.

Diagnosa ketiga adalah resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (jahitan postpartum) dengan keadaan pendukung pasien mengatakan tidak membersihkan genitalia dengan benar sehabis pipis karena masih takut dan genitalia pasien tampak kotor pada bagian vulva atas. Kebersihan vulva yang tidak dijaga dengan baik dapat menimbulkan infeksi endometritis dan infeksi

saluran kemih. Infeksi tersebut merupakan komplikasi dari persalinan normal seperti yang dijelaskan menurut penelitian (Aspiani, 2017) diantaranya berupa infeksi endometritis, saluran kemih, mastitis yang ditandai dengan kenaikan suhu tubuh diatas 38 derajat celcius. Luka yang terinfeksi adalah luka yang tidak mendapat perawatan dengan benar ditandai dengan munculnya lokhea purulenta berbau busuk dan bernanah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Walyani dan Purwoastuti, 2020) evolusi faal tubuh ibu selama masa nifas meliputi perubahan sistem genetalia pada darah nifas atau lokhea terjadi selama 6 minggu sejar bayi dan uri dilahirkan. Pada kasus Ny. S kebersihan vulva dan perawatan luka jahitan tidak dirawat dengan benar sehingga dapat beresiko terinfeksi.

#### **IV.2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk memenuhi kriteria hasil yang ingin didapatkan (PPNI, 2018). Permasalahan prioritas yang ditetapkan pada Ny.S yaitu Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma perineum post partus). Setelah menetapkan prioritas masalah, langkah selanjutnya adalah merumuskan tujuan dan kriteria hasil sehingga dilaksanakannya pula langkah selanjutnya yaitu perencanaan tindakan keperawatan yang mengacu pada pedoman keperawatan SLKI dan SIKI (PPNI,2018) dengan mempertimbangkan kondisi pasien dalam menetapkan perencanaan keperawatan.

Diagnosis 1 : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.  
Outcome : Tindakan keperawatan yang telah dilakukan diharapkan kontrol nyeri dapat meningkat dengan kriteria hasil kemampuan menggunakan Teknik nonfarmakologis terapi pijat meningkat untuk mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan oksitosin yang berguna bagi produksi asi dan penggunaan analgesic menurun untuk mengidentifikasi penurunan skala nyeri. Perencanaan Tindakan keperawatan ini berfokus untuk memberikan latihan relaksasi nafas dalam, terapi pijat dengan bantuan keluarga, mengedukasi terapi kompres dingin pada bagian perineum dan memfasilitasi istirahat dan tidur. Perencanaan ini sejalan dengan

penelitian (Saleng, et al., 2020), dalam jurnal tersebut membahas terdapat pengaruh manajemen nyeri nonfarmakologis terapi kompres dingin terhadap pengurangan nyeri luka perineum pada ibu postpartum karena sensasi dingin dapat menghalangi implus rasa nyeri. Perencanaan ini sejalan dengan penelitian (Triananinsi et al., 2021) pijat oksitosin dilakukan pada bagian punggung sehingga ibu merasa nyaman dan rileks. Rasa nyaman dan rileks tersebut dapat mendistrak rasa nyeri sehingga rasa nyeri berkurang, Ketika tubuh mencapai rileks maka akan dapat merangsang keluarnya hormone endokrin yang akan mempengaruhi keluarnya hormone oksitosin. Perencanaan ini juga sejalan dengan penelitian (Adiwitita, et al., 2024) terdapat perubahan setelah diberikan intervensi Teknik nafas dalam adalah pasien merasa lebih nyaman dan tidak nyeri. Perencanaan pada kasus dilakukan dengan pemeriksaan indentifikasi nyeri PQRST.

Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan Outcome : Tindakan keperawatan yang telah dilakukan diharapkan mobilisasi fisik menjadi meningkat dengan kriteria hasil mampu melakukan pergerakan mandiri meningkat, rentang gerak ROM dapat meningkat, lemah fisik dapat berkurang. Perencanaan ini berfokus pada pemantauan toleransi pergerakan fisik, observasi detak jantung permenit dan tensi sebelum melakukan mobilitas, membantu menyediakan kegiatan ROM aktif, dan anjurkan melakukan mobilitas sedini mungkin. Perencanaan ini sejalan dengan penelitian (Kusumastuti dkk, 2024) bahwa mobilitas dini berpengaruh pada kapasitas nyeri jahitan perineum menunjukkan hasil mobilisasi dini masa postpartum dapat mengurangi intensitas nyeri dibandingkan dengan responden yang enggan mengikuti anjuran mobilitas sesegera mungkin pasca partus. Perencanaan pada kasus dilakukan dengan pemeriksaan fisik pada sistem musculoskeletal pada ekstremitas bawah.

Diagnosa 3 : resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (jahitan perineum post partum). Outcome yang diharapkan : Tindakan keperawatan yang telah dilakukan diharapkan tingkat infeksi dapat menurun dengan kriteria hasil vulva hygiene dapat meningka dan nyeri dapat berkurang. Perencanaan ini berfokus pada perawatan luka perineum, vulva hygiene, dan menyarankan asupan nutrisi protein hewani untuk mempercepat proses

penyembuhan luka. Perencanaan ini sejalan dengan penelitian (Solikha, et al., 2023) hubungan tingkat kecepatan penyembuhan luka perineum yang dirawat dengan tepat didapatkan hasil perawatan luka yang baik dan benar akan sembuh normal sedangkan yang tidak baik dan tidak benar didapatkan hasil sembuh lambat. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Varney dalam Riska, 2017) luka yang terinfeksi ditandai dengan adanya inflamasi dan nekrosis yang memperlambat proses pemulihan luka perineum yang normalnya sembuh dalam 5-7 hari. Setelah persalinan, benda asing seperti debu dan kuman serta benda mati lainnya dapat meningkatkan resiko infeksi pada luka perineum. Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Uzzi dalam Riska, 2017) Ibu post partum yang dapat merawat kebersihan vulva dengan tepat dapat melancarkan sirkulasi darah pada area vulva sehingga penyembuhan luka lebih cepat. Menurut penelitian Prawirohardjo (2014), tujuan utama dari vulva hygiene yaitu untuk menghindari resiko terinfeksi, mempercepat penyembuhan luka perineum, serta menjaga kebersihan perineum dan vulva. Sedangkan kesembuhan luka menjadi lambat apabila kapiler darah yang baru terbentuk menjadi rusak sehingga menyebabkan perdarahan lagi akibat luka yang dirawat secara kasar atau tidak benar. vulva yang terkontaminasi benda asing atau benda mati juga dapat memperlambat penyembuhan luka. Oleh karena itu, menjaga kebersihan luka dari debu dan kuman sangat penting untuk mencegah perlambatan penyembuhan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati dan Mei (2015), dimana luka perineum yang tidak dirawat dengan tepat akan menimbulkan infeksi dan proses penyembuhan menjadi lambat. Dengan demikian, edukasi mengenai vulva hygiene yang tepat menjadi langkah penting dalam perawatan ibu nifas guna mencegah komplikasi dan mempercepat pemulihan. Perencanaan dilakukan dengan pemeriksaan fisik dan observasi berkala pada sistem integument pasien terutama pada area perineum.

#### **IV.2.4 Implementasi Keperawatan**

Penatalaksanaan Rupture perineum dibagi menjadi dua yaitu cara lama dan operasi, dimana Tindakan konservatif adalah pemberian antiinflamasi dan analgesic

dalam jumlah yang cukup, serta terapi tambahan yang sifatnya jangka pendek. Sedangkan pembedahan yang dilakukan adalah bedah minor dimana bedah dilakukan pada jaringan superfisial seperti kulit, selaput lender dan jaringan ikat. Bedah minor biasanya dilakukan dengan anestesi local dan dapat dilakukan baik di rumah sakit, klinik, maupun puskesmas. Bedah minor dapat digunakan untuk mengobati luka dan kerusakan, mengangkat benjolan, dan menjahit luka terbuka atau luka parah. Bedah minor dilakukan dengan aman dan cepat selesai dalam beberapa menit, dalam keadaan pasien sadar penuh. Bedah minor dilakukan bila pengobatan dengan konservatif kurang efektif untuk penyembuhan, tidak ada penurunan nyeri dalam kurun waktu yang lama serta tampak gejala neurologis berupa otot melemah dan terjadinya gangguan mobilitas fisik. Penatalaksanaan pada kasus Ny. S pada awalnya sudah dilakukan tindakan pembedahan minor, dimana Ny. S diberikan anestesi local dan dilakukan penjahitan luka lapis demi lapis sebanyak lima jahitan pada area perineum. Setelah dilakukan bedah minor, pelaksanaan keperawatan selanjutnya yang sudah dilakukan kepada pasien yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma perineum postpartum). Tindakan keperawatan pada diagnosis nyeri akut menurut (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) adalah pemantauan letak, jenis, skala, lamanya, banyaknya, rasanya nyeri seperti apa, kontrol lingkungan yang memperparah nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, edukasi sebab-sebab yang memicu timbulnya nyeri, adukasi cara menurunkan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri, pemberian analgetic. Tindakan yang dilaksanakan pada Ny. S yaitu mengkaji nyeri menggunakan pertanyaan PQRST (Penyebab, Kualitas, Radian, Skala, Time), memberikan obat antinyeri atau analgesic Asam Mefenamat 500 mg 3x1 tablet secara oral kepada pasien, memberikan Teknik nonfarmakologis antinyeri dengan terapi pijat, memberikan edukasi terapi kompres dingin area perineum dan latihan nafas relaksasi. Dimana pada hari pertama dan kedua pasien mengatakan jahitan terasa sangat sakit, namun pada hari ketiga pasien mengatakan sakit pada jahitan berkurang. Pada hari pertama hingga hari ketiga terjadi perubahan penurunan intensitas nyeri dari skala

8 hingga skala 5. Terapi nonfarmakologis yang diberikan kepada Ny. S dapat menurunkan intensitas nyeri, yang sejalan dengan penelitian (Saleng, et al., 2020) terdapat pengaruh manajemen nyeri non farmakologis kompres dingin terhadap pengurangan nyeri akibat robekan perineum bagi ibu nifas karena sensasi dingin dapat menghalangi implus sensasi nyeri. Begitu pula pada penelitian (Adwitia, et al., 2024) terdapat perubahan setelah diberikan tindakan keperawatan latihan nafas relaksasi yaitu pasien merasa lebih nyaman dan tidak merasakan nyeri. Tindakan ini dilakukan setiap hari selama 20 menit setiap masing-masing teknik dalam sehari dilakukan tiga kali Teknik yang berbeda. Rasionalnya dilakukan tindakan Teknik nonfarmakologis anti-nyeri pada diagnose nyeri akut adalah untuk meringankan rasa sakit dan mendistrak rasa sakit pasien dikarenakan pasien mendapat lima jahitan pada robekan perineum.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) adalah identifikasi toleransi aktivitas, observasi detak jantung dan tensi sebelum melakukan pergerakan, membantu menyediakan ruang dan waktu untuk melakukan rentang gerak ROM, minta bantuan keluarga dalam membantu pasien bergerak, anjurkan mobilisasi sederhana dan anjurkan melakukan mobilisasi dini. Tindakan yang dilaksanakan pada Ny. S yaitu menganjurkan mobilisasi sederhana, menganjurkan mobilisasi dini, mengidentifikasi toleransi aktivitas memeriksa frekuensi jantung dan tensi sebelum latihan pergerakan, memfasilitasi melakukan pergerakan ROM aktif. Dimana pada hari pertama dan kedua pasien masih memerlukan bantuan suaminya untuk melakukan aktivitas pergerakan fisik namun pada hari ketiga pasien mampu melakukan aktivitas pergerakan fisik mandiri tanpa adanya gangguan yang memperburuk keadaan pasien atau komplikasi. Tindakan memfasilitasi melakukan pergerakan ROM aktif dilakukan setiap hari selama 60 menit dalam sehari satu kali, yang sejalan dengan penelitian menurut (Kusumastuti, dkk., 2024) keterkaitan mobilitas dini dengan

kapasitas nyeri jahitan perineum menunjukkan hasil mobilisasi dini masa post partum dapat mengurangi intensitas nyeri dari pada pasien yang tidak melaksanakan mobilitas sedini mungkin. Rasionalnya dilakukan tindakan ROM pada gangguan mobilitas fisik adalah untuk melatih ekstremitas atas pasien dikarenakan kekuatan ototnya 5555/5555 menghalau terjadinya sendi kaku dan peredaran darah lancar, sedangkan pada ekstremitas bawah pasien dengan kekuatan ototnya 4444/4444 meningkatkan mobilisasi otot. Dimana hal ini sejalan dengan penelitian (Istichomah, 2020) memfasilitasi pergerakan fisik dapat mencegah perbedaan bentuk sebelum dan sesudah terjadi luka, mencegah kekakuan sendi, membangkitkan peredaran darah,, serta meningkatkan atau mempertahankan kekuatan dan keluwesan otot.

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (jahitan post partum). Tindakan keperawatan pada diagnosis risiko infeksi menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) adalah observasi tanda kemunculan infeksi local, edukasi tanda munculnya infeksi, berikan perawatan kulit, ajarkan cara memeriksa kondisi luka, dan edukasi peningkatan makanan bernutrisi. Tindakan yang dilaksanakan pada Ny. S yaitu memeriksa gejala dan tanda infeksi, memberikan perawatan kulit, mengedukasi cara memeriksa kondisi luka kepada pasien dan suami pasien, mengedukasi tanda munculnya infeksi, dan mengedukasi makan makanan bernutrisi protein hewani dan sayur. Dimana pada hari pertama dan kedua pasien belum dapat melakukan pencegahan infeksi dan perawatan luka dengan cara vulva hygiene dengan baik dan benar, namun pada hari ketiga pasien dapat melakukan pencegahan infeksi dan perawatan luka dengan melakukan vulva hygiene dengan tepat dan lembut. Tindakan yang dilaksanakan sejalan dengan penelitian menurut (Adwitia, et al., 2024) vulva hygiene pada pengelolaan ketidaknyamanan ibu post partum spontan terdapat perubahan setelah diberikan Teknik perawatan luka perineum dengan vulva hygiene adalah pasien merasa lebih nyaman dan tidak nyeri. Pada hari pertama pasien hanya mengganti diapers satu kali sehari, namun

pada hari kedua dan ketiga pasien mengganti diapers 2-3 kali sehari dimana rutin mengganti diapers dapat menjaga kondisi luka dari infeksi. Kebersihan vulva dan perawatan luka yang dilakukan dengan salah dan kasar pada jahitan akan ditandai dengan munculnya lokhea purulenta berbau busuk dan bernanah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Walyani dan Purwoastuti, 2020) gejala faal tubuh ibu masa nifas yaitu pada sistem genital pada darah nifas atau lokhea terjadi selama 6 minggu sejak bayi dan uri dilahirkan sampai organ reproduksi Kembali seperti sebelum hamil. Pada kasus Ny. S vulva hygiene dan perawatan luka tidak dilakukan dengan baik dan benar sehingga beresiko menimbulkan infeksi luka yang ditandai dengan munculnya lokhea purulent dan infeksi saluran kemih. Rasionalnya dilakukan pencegahan infeksi untuk klien dengan risiko infeksi adalah mengetahui factor budaya dan kebiasaan yang menghambat perawatan diri dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar dapat melakukan personal hygiene dan perawatan tubuh secara mandiri agar terhindar dari infeksi dan komplikasi yang dapat memperburuk keadaan.

#### **IV.2.4 Evaluasi Keperawatan**

Penilaian ulang atau evaluasi dalam serangkaian kegiatan keperawatan pada tahap akhir untuk menguji apakah treatment yang diberikan dapat mengatasi masalah dan melihat kriteria capaian sudah tercapai atau belum.

Pada kasus Ny. S dengan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma perineum post partum) masalah dapat teratasi sebagian dengan pembuktian tercapainya tujuan serta kriteria hasil yang sudah dierncanakan yaitu kemampuan menggunakan Teknik nonfarmakologis antinyeri meningkat pasien dapat melakukan Teknik komres dingin dan relaksasi nafas dalam secara mandiri serta keluarga dapat memberikan Teknik nonfarmakologis terapi pijat, dukungan orang terdekat meningkat, keluhan nyeri menurun pasien mengatakan pada hari pertama setelah diberikan asuhan keperawatan farmakologis dan nonfarmakologis skala nyeri berkurang dari skala 8 menjadi 7, pada hari kedua

skala 7 menjadi 6, dan pada hari ketiga skala 6 menjadi skala 5.

Pada kasus Ny.S dengan diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri masalah dapat teratasi Sebagian dengan pembuktian tercapainya tujuan serta kriteria hasil yang sudah direncanakan yaitu kemampuan bergerak mandiri meningkat dimana pada hari pertama dan kedua mobilisasi dan kebutuhan aktivitas pasien dibantu suaminya, namun pada hari ketiga pasien mampu melakukan mobilisasi dan aktivitas sehari – hari secara mandiri, rentang gerak ROM meningkat pasien mampu melakukan ROM aktif mandiri pasien mampu melakukan Gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, dan rotasi mandiri pada ekstremitas atas dengan baik dari hari pertama hingga hari ketiga, sedangkan pada ekstremitas bawah hari pertama dan kedua pasien dapat melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat seperti melakukan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, dorso fleksi, plantar fleksi, inversi/supinasi, eversi/pronasi pada bagian malleolus, plantar, dan falang kaki, namun pada hari ketiga pasien mampu melakukan ROM aktif secara mandiri tanpa bantuan pada ekstremitas bawah. Nyeri menurun pasien mengatakan intensitas nyeri berkurang dari hari pertama hingga hari ketiga, dan kelemahan fisik menurun dibuktikan dengan hari pertama dan kedua pasien mampu beraktivitas seperti biasanya dengan bantuan suaminya, namun pada hari ketiga pasien beraktivitas sesuai kebiasaannya yang sudah dapat dilakukan oleh pasien secara mandiri.

Pada kasus Ny. S dengan diagnose risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (jahitan perineum postpartum) masalah teratasi sebagian dengan pembuktian tercapainya tujuan serta kriteria hasil yang sudah direncanakan yaitu kebersihan badan meningkat dimana pada hari pertama dan kedua pasien belum dapat melakukan vulva hygiene dan perawatan luka dengan baik dan benar serta pasien mengganti diapers hanya satu kali sehari, namun pada hari ketiga pasien mampu melakukan vulva hygiene dan perawatan luka dengan baik dan benar serta pasien mengganti diapers 2-3 kali sehari.