

**PENERAPAN *EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE* (EFT)
UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI PERINEUM (NYERI AKUT)
PADA IBU *POST PARTUM***

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi salah satu persyaratan mencapai gelar Ahli Madya
Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh:
Nasywa Riyana
NPM: 22.0601.0061

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2025

HALAMAN PERSETUJUAN
PENERAPAN *EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE* (EFT)
UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI PERINEUM (NYERI AKUT)
PADA IBU *POST PARTUM*
Karya Tulis Ilmiah

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Proposal KTI
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 14 Juli 2025



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (EFT) UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI PERINEUM (NYERI AKUT) PADA IBU *POST PARTUM*

Disusun Oleh:

Nasywa Riyana

22.0601.0061

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 14 Juli 2025

Susunan Penguji:

Penguji I:

Nama: Dr. Heni Setyowati ER, S.Kp., M. Kes

Penguji II:

Nama: Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

Penguji III:

Nama: Ns. Nurul Purborini, MS., Ph.D

()
()
()

Magelang, 14 Juli 2025

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan



Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

NIK. 207608163

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (EFT) UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI PERINEUM (NYERI AKUT) PADA IBU *POST PARTUM*

Disusun Oleh:

Nasywa Riyana

22.0601.0061

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 14 Juli 2025

Susunan Penguji:

Penguji I:

Nama: Dr. Heni Setyowati ER, S.Kp., M. Kes

Penguji II:

Nama: Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

Penguji III:

Nama: Ns. Nurul Purborini, MS., Ph.D

()

()

()

Magelang, 14 Juli 2025

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,

Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

NIK. 207608163



LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PENGESAHAN ORISINALITAS

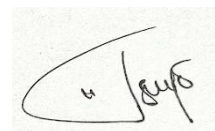
Dengan ini saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila dikemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau dari pihak yang lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko atau saksi yang berlaku.

Nama : Nasywa Riyana

NPM : 22.0601.0061

Tanggal : Juli 2025

Penulis



Nasywa Riyana

22.0601.0061

KATA PENGANTAR

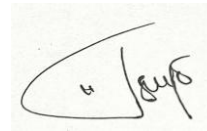
Assalamualikum Wr.Wb. Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Penerapan *Emotional Freedom Technique* (EFT) Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Perineum (Nyeri Akut) pada Ibu *Post Partum*” Karya Tulis Ilmiah ini di tulis untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan program Studi Diploma DIII Keperawatan di jurusan keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Dalam menyelesaikan tugas ini penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak baik bersifat bimbingan petunjuk serta doa,pada kesempatan ini penulis sangat berterima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam membuat Karya Tulis Ilmiah,diantaranya:

1. Ns. Kartika Wijayanti M. Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Muhammad Khoirul Amin, M. Kep.Sp.Kep.J., Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Margono, M. Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Nurul Purborini, MS., Ph.D selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
5. Dr. Heni Setyowati ER, S.Kp.,M. Kes, selaku Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah serta Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
7. Keluarga dan orang terdekat saya terutama kedua orang tua saya yang selalu mendoakan saya dan memberikan dukungan penuh kepada saya selama saya menjadi mahasiswa keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
8. Teman-teman seperjuangan saya serta sahabat-sahabat saya yang telah memotivasi dan memberikan semangat kepada saya.

9. Serta semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-satu

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna karena keterbatasan ilmu dan pengalaman yang dimiliki. Oleh karenanya, saran dan kritik yang bersifat membangun akan penulis terima dengan senang hati. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Magelang, 14 Juli 2025

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Muhammad' followed by a stylized flourish.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan karya Tulis Ilmiah.....	3
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar <i>Post partum</i>	5
2.1.1 Pengertian <i>Post partum</i>	5
2.1.2 Tahapan <i>Post Partum</i>	5
2.1.3 Anatomi Fisiologi	5
2.1.4 Karakteristik Pada Ibu <i>Post partum</i>	8
2.2 Nyeri <i>Post partum</i>	12
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	15
2.4 Terapi <i>Emotional Freedom Technique</i> (EFT).....	28
2.5 Pathways <i>Post Partum</i>	34
BAB 3. METODE STUDI KASUS	35
3.1 Jenis Studi Kasus.....	35
3.2 Subyek Studi Kasus.....	35
3.3 Fokus Studi Kasus	35
3.4 Definisi Operasional Fokus Studi.....	35
3.5 Instrumen Studi Kasus.....	36
3.6 Metode Pengumpulan Data	37

3.6.1 Wawancara.....	37
3.6.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik	37
3.6.3 Studi Dokumentasi.....	37
3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	39
3.8 Analisis Data dan Penyajian Data	39
3.9 Etika Studi Kasus	39
BAB 4. HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	41
4.1 Hasil Studi Kasus	41
4.2 Pembahasan	52
4.2.1 Pengkajian.....	53
4.2.2 Diagnosis Keperawatan	55
4.2.3 Intervensi Keperawatan	56
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	57
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	58
4.3 Keterbatasan	60
BAB 5. PENUTUP	61
5.1 Kesimpulan.....	61
5.1.1 Pengkajian.....	61
5.1.2 Diagnosis Keperawatan	61
5.1.3 Intervensi Keperawatan	61
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	61
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	61
5.2 Saran.....	62
5.2.1 Bagi Profesi Perawat.....	62
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	62
5.2.3 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan	62
5.2.4 Bagi Mahasiswa	62
5.2.5 Bagi Masyarakat.....	62
DAFTAR PUSTAKA	63
LAMPIRAN.....	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 SOP <i>Emotional Freedom Technique</i>	30
Tabel 3.1 Kegiatan Studi Kasus	38

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Organ Reproduksi Wanita.....	6
Gambar 2.2: Genitalia Interna Wanita	7
Gambar 2.3 Penilaian Intensitas Nyeri.....	13
Gambar 2.4 Pathways <i>Post partum</i>	34
Gambar 4.1 Diagram Evaluasi Skala Nyeri Klien Pertama	60
Gambar 4.2 Diagram Evaluasi Skala Nyeri Klien Kedua.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 . Sertifikat Etik	68
Lampiran 2. Lembar Inform Consent Klien Pertama	69
Lampiran 3. Lembar Inform Consent Klien Kedua.....	70
Lampiran 4. SOP Emotional Freedom Technique (EFT).....	71
lampiran 5. Asuhan Keperawatan Klien Pertama.....	75
lampiran 6. Asuhan Keperawatan Klien Kedua	93
Lampiran 7. Lembar Observasi Numeric Rating Scale (NRS)	107
lampiran 8. Dokumentasi.....	108

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasca melahirkan atau masa nifas dimana masa rawan bagi kelangsungan hidup ibu baru. Pada masa nifas banyak ibu mengalami gangguan kesehatan yang menimbulkan ketidaknyamanan seperti bengkak pada kaki, nyeri pada jalan lahir, ketidakmampuan menyusui dan gizi. Ketidaknyamanan yang dialami ibu setelah melahirkan salah satunya rasa nyeri yang terjadi setelah hari pertama setelah persalinan pervaginam, ibu bisa merasa tidak nyaman karena beberapa hal, salah satunya nyeri episiotomi pasca melahirkan, nyeri yang mengganggu salah satunya jahitan episiotomi yang bisa membuat ibu tidak nyaman (Adwitia & Adimayanti, 2024).

Nyeri postpartum merupakan masalah signifikan yang umum terjadi pada 30% wanita setelah melahirkan yang dapat berlangsung lebih dari 3 bulan. Berbagai jenis nyeri kronis dapat timbul setelah melahirkan, seperti nyeri bekas luka setelah operasi caesar, nyeri perineum setelah persalinan pervaginam instrumental, dan nyeri punggung bawah dengan faktor risiko termasuk kondisi nyeri yang sudah ada sebelumnya dan tingkat keparahan nyeri postpartum. Terdapat hubungan yang kuat antara nyeri *post partum* akut dan perkembangan nyeri persisten setelah melahirkan, menekankan perlunya intervensi yang menargetkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti nyeri postpartum akut untuk mencegah dan mengobati masalah nyeri *post partum* yang umum ini. Nyeri *post partum*, baik dari luka episiotomi atau nyeri pasca operasi caesar, secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup ibu pada periode *post partum*. Nyeri *post partum*, yang dapat timbul setelah persalinan vagina dan sesar, menyebabkan keterbatasan fisik, penurunan mobilitas, dan dampak negatif pada suasana hati dan kesejahteraan secara keseluruhan (Jantik & Sulastri, 2025).

Rasa sakit yang dialami oleh ibu *post partum* dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih rendah, mempengaruhi kemampuan mereka untuk melakukan kegiatan sehari-

hari, terlibat dalam hubungan sosial, dan bahkan berdampak pada kehidupan seksual mereka (Jantik & Sulastri, 2025). Selain itu, instrumen yang dilakukan untuk mengukur tingkat nyeri yaitu menggunakan *Numeric Rating Scale* atau disingkat NRS. Alat ini digunakan untuk mengevaluasi tingkat nyeri dengan cara responden menyebutkan angka pada skala 0-10, dari tidak ada rasa sakit hingga sakit tidak tertahankan. *Numeric Rating Scale* (NRS) merupakan metode untuk menilai tingkat intensitas atau keparahan nyeri, memberikan kebebasan kepada klien untuk menentukan seberapa parahnya nyeri yang dirasakan (Yoviana *et al.*, 2024).

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri pada ibu *post partum*, baik secara farmakologi maupun non-farmakologi. Penanganan nyeri secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat analgesik. Tetapi pemberian analgesik masih menimbulkan pertentangan karena menyebabkan efek samping pada penggunaannya. Sedangkan secara nonfarmakologi lebih aman diterapkan karena mempunyai risiko yang lebih kecil, tidak menimbulkan efek samping serta menggunakan proses fisiologis. Salah satu upaya dalam menurunkan nyeri dengan teknik non-farmakologi seperti tindakan Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT). Teknik EFT adalah terapi yang menggabungkan energi dalam tubuh dengan tapping pada beberapa titik di tubuh (Yoviana *et al.*, 2024).

Terapi EFT dapat diberikan oleh perawat pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri. Terapi ini merupakan salah satu ilmu baru yang dikenal dengan *energy psychology* yang berfokus pada kalimat tertentu yang diucapkan secara berulang dengan teratur yang disertai dengan keyakinan atau kepasrahan terhadap Tuhan-Nya sesuai dengan kepercayaan. Terapi ini adalah bentuk gabungan antara energi tubuh dengan terapi spiritual serta menggunakan metode tapping yang bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri melalui titik "*Major Energy Meridians*" yang dapat merangsang pengeluaran hormon endorpin sehingga menimbulkan perasaan yang jauh lebih nyaman (Rahmawati & Gati, 2024)

Terapi EFT menggabungkan teknik psikologi, spiritualitas, dan manajemen energi tubuh melalui metode tapping di titik- titik tertentu. Proses ini melibatkan doa dan relaksasi, yang dapat memicu pelepasan endorfin sebagai penghilang nyeri alami tubuh. Terapi ini memberikan efek menenangkan dan mampu mengurangi intensitas nyeri. Selain itu, EFT juga memberikan efek parasimpatik yang menciptakan perasaan tenang (Indriani & Azali, 2024)

Penelitian sebelumnya pada ibu post sc menunjukkan bahwa EFT berkontribusi signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri, dengan skala nyeri berkurang dari sedang menjadi ringan (Rahmana *et al.*, 2024). Menurut studi Latifah & Ramawati, (2018) pasien pada ibu post SC yang awalnya mengalami nyeri berat setelah menjalani terapi EFT, mengalami penurunan nyeri menjadi ringan bahkan kembali normal. Berdasarkan paparan diatas tentang manfaat Teknik EFT terbukti efektif. Teknik ini dapat mengurangi rasa nyeri pada ibu *post partum*. Oleh karena itu, perlu dilakukan penerapan tentang bagaimana penerapan Teknik EFT pada ibu *post partum*.

1.2 Rumusan Masalah

Pada masa nifas banyak ibu mengalami gangguan kesehatan yang menimbulkan ketidaknyamanan seperti nyeri *post partum*. Kondisi ini bisa menghambat aktivitas ibu dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Berdasarkan latar belakang ini, penulis tertarik untuk meneliti bagaimana penerapan terapi EFT dalam mengurangi nyeri pada pasien *post partum*.

1.3 Tujuan karya Tulis Ilmiah

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah untuk menggambarkan penurunan intensitas nyeri pada ibu *post partum* dengan penerapan Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT) .

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Memberikan gambaran pengkajian Terapi (EFT) ibu *post partum* dengan nyeri perineum
- 1.3.2.2 Memberikan gambaran diagnosis keperawatan Terapi EFT ibu *post partum* dengan nyeri perineum
- 1.3.2.3 Memberikan gambaran perencanaan Terapi (EFT) ibu *post partum* dengan nyeri perineum
- 1.3.2.4 Memberikan gambaran tindakan Terapi (EFT) ibu *post partum* dengan nyeri perineum
- 1.3.2.5 Memberikan gambaran evaluasi Terapi (EFT) ibu *post partum* dengan nyeri perineum

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan materi belajar mahasiswa dan menambah referensi mata kuliah perpustakaan dan maternitas.

1.4.2 Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan kualitas perawatan dengan memahami manfaat Terapi EFT, perawat dapat memberikan edukasi kepada ibu *post partum* tentang pentingnya aktivitas fisik untuk mempercepat pemulihan dengan penerapan intervensi non-farmakologi yang efektif untuk mengatasi masalah kesehatan *post partum*, sehingga perawat dapat mengintegrasikan teknik ini dalam praktik keperawatan mereka.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan masyarakat khususnya pada ibu nifas untuk membantu ibu nifas memahami pentingnya Terapi EFT.

1.4.4 Bagi Penulis

Dapat memberikan tambahan wawasan bagi penulis sebagai calon perawat dalam upaya efektifitas Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT) terhadap intensitas penurunan nyeri pada ibu *post partum*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Post partum*

2.1.1 Pengertian *Post partum*

Masa nifas (*post partum*) merupakan masa setelah melahirkan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Pada fase pemulihan ini, seorang wanita akan mengalami berbagai perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan setelah proses melahirkan akan menimbulkan rasa kurang nyaman dan apabila tidak dirawat dengan baik mampu menyebabkan perubahan dari fisiologis menjadi patologis (Astika *et al.*, 2025). Ibu melahirkan pertama kali atau primipara pervagina biasanya akan mengalami robekan akibat episiotomy atau lebih dikenal dengan ruptur perineum. Robekan pada jalan lahir ini merupakan penyebab dari terjadinya ruptur perineum atau robekan perineum. Kondisi ini sering dialami oleh wanita selama proses melahirkan akibat dorongan dari kepala dan bahu bayi (Aulia *et al.*, 2023). Kesimpulan dari Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari (Hilmiffah & Sari, 2025).

2.1.2 Tahapan *Post Partum*

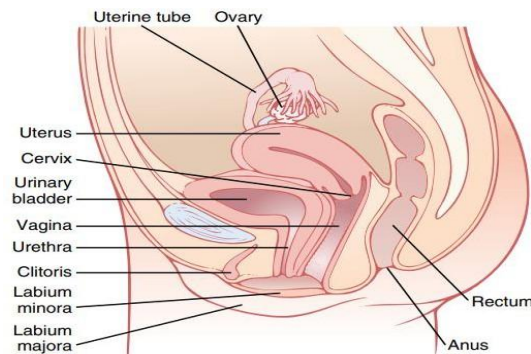
Menurut Widiанти, (2024) ada beberapa tahapan yang di alami oleh ibu *post partum*, yaitu sebagai berikut :

- a. *Immediate puerperium*, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b. *Early post partum* yaitu tahapan yang terjadi setelah 24 jam setelah persalinan sampai akhir minggu pertama *post partum*
- c. *Late post partum* yaitu tahapan yang terjadi pada minggu kedua sampai minggu keenam setelah persalinan

2.1.3 Anatomi Fisiologi

Sistem reproduksi wanita dibedakan menjadi 2 yakni genitalia interna dan eksterna. Organ yang termasuk genitalia eksterna yakni vulva, yang terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Sedangkan organ yang

termasuk genitalia interna yakni vagina, uterus, ovarium dan tuba falopi (Kana *et al.*, 2015)



Gambar 2.1: Organ Reproduksi Wanita

Sumber : Dasar Kesehatan Reproduksi (2015)

a. Vulva

Vulva terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Mons pubis berbentuk bulat dan merupakan area lemak yang menutupi tulang kemaluan. Klitoris merupakan suatu struktur dengan jaringan ereksi yang mengandung sejumlah besar saraf sensorik dan berfungsi sebagai sumber rangsangan selama hubungan seksual. Labia mayora adalah sepasang lipatan jaringan memanjang yang terletak di posterior mons pubis dan menutupi komponen vulva lainnya. Labia mayora berasal dari jaringan yang sama yang menghasilkan skrotum pada pria. Labia minora adalah lipatan jaringan tipis yang terletak di tengah labia mayora. Labia ini melindungi bukaan vagina dan uretra (Kana *et al.*, 2015).

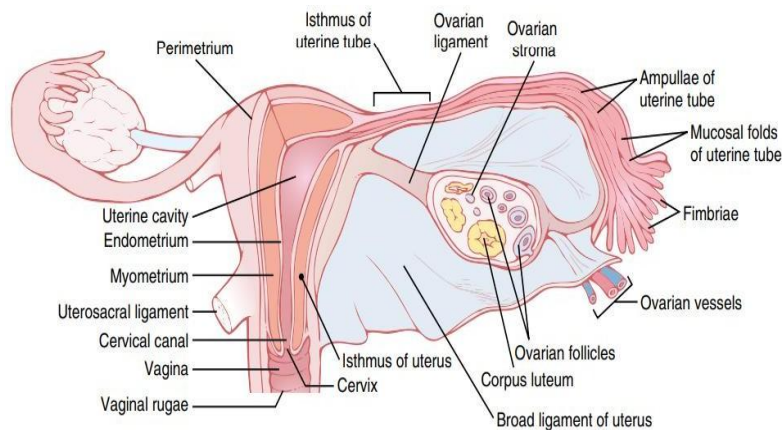
b. Vagina

Vagina adalah struktur tubular fibromuskular yang fleksibel dan memanjang dari ruang depan vulva hingga leher rahim. Vagina distal adalah introitus. Vagina anterior berbatasan dengan dinding kandung kemih posterior, sedangkan vagina posterior berbatasan dengan rektum anterior (Kana *et al.*, 2015).

c. Uterus

Uterus terdiri dari korpus (badan) dan leher rahim. Bagian superior korpus uteri disebut fundus, sedangkan bagian inferior yang berdekatan dengan

serviks disebut isthmus/segmen bawah rahim. Dinding rahim mengandung 3 lapisan berbeda: endometrium, miometrium, dan serosa. Serviks uteri adalah struktur berbentuk tabung yang berbatasan dengan rongga rahim dan vagina. Organ ini bertindak sebagai saluran antara keduanya. Serviks inferi; or bermuara ke vagina bagian atas di tulang serviks. Lapisan serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut ektoserviks dan terdiri dari epitel skuamosa berlapis. Lapisan bagian dalam saluran serviks adalah endoserviks, terdiri dari epitel kolumnar (Kana *et al.*, 2015).



Gambar 2.2: Genitalia Interna Wanita

Sumber: Dasar Kesehatan Reproduksi (2015)

d. Ovarium

Ovarium adalah gonad wanita, tempat gametogenesis dan sekresi hormon seks. Korteks luar setiap ovarium adalah tempat perkembangan folikel, sedangkan medula bagian dalam berisi pembuluh darah dan jaringan ikat. Pada wanita yang belum hamil, ovarium berbentuk almond terletak pada posisi vertikal menghadap fossa ovarium. Masing-masing ovarium memiliki panjang lebih dari 2,5 cm (1 inci), lebar 1,25 cm (0,5 inci), dan ketebalannya sedikit lebih kecil, namun ukurannya sangat bervariasi seiring usia dan aktivitas seksual. Folikel ovarium atau yang kadang disebut folikel graaf merupakan penutup bulat untuk sel telur yang sedang berkembang di korteks dekat permukaan ovarium. Saat lahir dan masa kanak-kanak,

folikel-folikel ini terdapat dalam bentuk banyak folikel ovarium primer atau yang belum berkembang. Masing-masing berisi sel telur primitif, atau oosit, dan masing-masing ditutupi oleh satu lapisan sel pipih. Sebanyak 700.000 folikel primer terdapat di dua ovarium wanita muda. Kebanyakan dari penyakit ini mengalami kemunduran sebelum atau sesudah masa pubertas (Kana *et al.*, 2015)

e. Tuba Falopi

Tuba falopi merupakan organ yang membawa sel telur dari ovarium ke rongga rahim. Tiga bagian tuba falopi dibedakan menjadi ujung luar berbentuk corong (*infundibulum*), bagian tengah yang melebar dan berdinding tipis (*ampula*) dan bagian seperti tali pusat. Pembuahan sel telur biasanya terjadi di ampula tuba dan akan diangkut ke Rahim. Namun, pada beberapa kasus, sel telur yang sudah dibuahi bisa menempel dan berkembang di tuba sehingga menjadi kehamilan ektopik yang berbahaya bagi ibu.

2.1.4 Karakteristik Pada Ibu *Post partum*

Periode *post partum* merupakan masa transisi bagi ibu karena banyak terjadi perubahan baik secara fisik, psikologis, emosional dan sosial (Ibtihal *et al.*, 2025). Selama periode ini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan penting yang membantu tubuh pulih dan menyesuaikan diri dengan peran baru sebagai ibu. Hal ini menyebabkan timbulnya perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu *post partum*, antara lain :

a. Perubahan Psikologi

Terdapat 3 fase perubahan psikologi ibu nifas, yaitu:

- 1) Fase *Taking-in*, yang berlangsung dari saat persalinan hingga hari kedua. Pada fase ini, ibu bersikap pasif dan bergantung pada bantuan orang lain. Ia cenderung menunjukkan ketergantungan pada lingkungan sekitarnya, sehingga penting untuk menjaga komunikasi yang baik agar kebutuhannya dapat terpenuhi (Yuliana *et al.*, 2024)
- 2) Fase *Taking-hold*, yang berlangsung 3 hingga 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu mengalami ketidakpastian dan kurang percaya diri dalam

merawat bayinya. Ia merasa khawatir terhadap kemampuan dan tanggung jawabnya dalam merawat bayinya, yang dapat menyebabkan munculnya perasaan sedih atau baby blues.

3) Fase *Letting-go*, berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Pada Fase ini, Ibu mulai beradaptasi dalam menjalin hubungan dengan anggota keluarganya paham akan perannya sebagai ibu, serta muncul keinginan dan kepercayaan diri untuk merawat diri dan bayinya. Perlu adanya peran bidan dalam memberikan asuhan yang berkaitan dengan adaptasi psikologi ibu nifas (Yuliana *et al.*, 2024).

b. Perubahan Fisiologi

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *post partum*. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan. Menurut Anwar & Safitri, (2022) antara lain :

1) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uteri (TFU).

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama *post partum*. Lokhea bau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya. Menurut Anwar dan Safitri, (2022) :

a) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung

dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

c) Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) Lokhea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

3) Serviks

Segara setelah *post partum* bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik uteri terbentuk semacam cincin. Serviks mengalami involusio bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia akan muncul kembali (Anwar & Safitri, 2022).

5) Perineum

Segara setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada *post partum* hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil. Payudara Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Pengkajian payudara pada periode awal pasca partum

meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial.

6) Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

7) Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

8) Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Anwar & Safitri, 2022).

9) Perubahan tanda-tanda vital

Sesudah partus suhu tubuh dapat naik sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari normal dan tidak melebihi 38°C . Sesudah dua jaga pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Denyut nadi umumnya labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi *post partum* namun akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terjadi penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Anwar & Safitri, 2022).

c. Perubahan sosial

Perubahan sosial yang terjadi pada ibu *post partum* adalah perubahan peran baru sebagai ibu yang harus merawat bayinya. Perubahan ini dapat berdampak pada kesehatan mental ibu, seperti depresi postpartum (Sundari, Novayanti, 2023).

2.2 Nyeri *Post partum*

Menurut *Internasional Association for Study of Pain* (IASP), nyeri didefinisikan sebagai suatu sensori subyektif dan emosional tidak menyenangkan yang didapat, terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam (Ramadhan *et al.*, 2024).

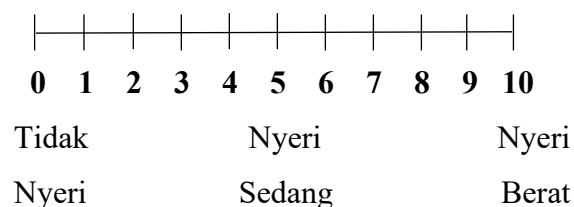
Ibu nifas sering mengalami berbagai ketidaknyamanan, seperti rasa mules, kurang tidur, dan nyeri di area perineum akibat robekan yang terjadi selama persalinan. Nyeri di perineum disebabkan oleh luka di area tersebut yang menyebabkan rasa tidak nyaman setelah melahirkan. Nyeri perineum adalah rasa sakit yang disebabkan oleh robekan pada perineum, vagina, serviks, atau uterus, yang dapat berlangsung tiba-tiba atau sebab intervensi medis selama proses persalinan. Hampir semua persalinan pervaginam menyebabkan robekan perineum, baik yang disengaja melalui episiotomi maupun robekan spontan. Beberapa robekan memerlukan jahitan, sementara yang lain tidak. Jahitan pada perineum biasanya menyebabkan rasa nyeri. Ketidaknyamanan yang dialami ibu nifas antara lain mules, kurang tidur, dan nyeri di area perineum akibat robekan yang terjadi selama persalinan. Nyeri di perineum disebabkan oleh luka di area

tersebut yang menyebabkan rasa tidak nyaman setelah melahirkan (Untari et al., 2025).

2.2.1 Klasifikasi

Instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi NRS dan lembar observasi yang digunakan untuk mencatat data demografi responden. NRS digunakan untuk mengukur tingkat nyeri berupa lapor diri responden dengan menyebutkan tentang skala nyeri 0-10 dari rasa sakit hingga sakit tidak tertahankan. *Numeric Rating Scale* (NRS) digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri dan memberi kebebasan penuh klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri (Silaban, 2021).

Kriteria objektif :



Gambar 2.3 Penilaian Intensitas Nyeri

Sumber: Latifah & Ramawati, (2018)

Keterangan:

0 : tidak ada keluhan nyeri.

1-3 : ada rasa nyeri, mulai terasa, tetapi masih dapat ditahan.

4-6 : ada rasa nyeri, terasa mengganggu, dan dengan melakukan usaha yang cukup kuat untuk menahannya.

7-10 : ada rasa nyeri, terasa sangat mengganggu/ tidak tertahankan, sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.

2.2.2 Adaptasi Fisiologi *Post partum*

Berawal pada kehamilan yang umurnya (37-42) dalam usia normal, lalu ketika sudah memasuki tanda-tanda kontraksi melahirkan (inpartu) sampai akhir

keluarnya bayi beserta plasenta lalu ibu disebut *post partum* setelah masa ini terjadi banyak perubahan pada ibu yaitu perubahan fisiologis dan emosional. Pada perubahan fisiologis *post partum* umumnya akan terjadi trauma di jalan lahir juga kelemahan ligament, fascia dan otot-otot pada ibu sesudah persalinan, hal ini bisa mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari karena masih perlu bantuan keluarga serta bisa memunculkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas, terganggu aktivitas dapat menurunkan gerakan peristaltik dan otot tonus menurun di usus sehingga mengakibatkan konstipasi. ketika pengeluaran janin menggunakan cara episiotomy (irisian bedah) pada perineum untuk memperlebar vagina dalam membantu proses kelahiran, di perineum terjadi putusnya jaringan sehingga area sensorik akan terangsang dengan mengeluarkan hormon bradikinin, histamin serta serotonin yang kemudian di medulla spinalis di teruskan ke batang otak, lalu ke thalamus sehingga nyeri di korteks serebri terangsang, memicu munculnya gangguan rasa nyaman yang menyebabkan nyeri akut (Putri, 2024).

Pada proses persalinan pasti terjadi perdarahan umumnya 300-400 cc yang yang mengakibatkan organ genitalia pada ibu menjadi kotor setelah proses kelahiran juga perlindungan pada luka kurang serta adanya robekan pada perineum. jika tidak ditangani dengan baik bisa terjadi invasi bakteri sebagai akibatnya timbul masalah keperawatan resiko infeksi. Trauma kandung kemih terjadi setelah keluarnya janin sebagai akibatnya ibu pasca melahirkan tidak dapat berkemih ada edema serta memar di uretra karena terjadinya dilatasi, menyebabkan jumlah urin yang keluar menjadi berlebih dan biasanya ada residu pada urin sebagai akibatnya timbul masalah keperawatan gangguan eliminasi urin (Putri, 2024).

Setelah melahirkan ibu ada merasa cemas karena akan menjadi orang tua dan merawat bayinya hal ini bisa memunculkan ansietas dan kesiapan menjadi orang tua, setelah melahirkan juga biasanya akan terjadi Laktasi alami dipengaruhi oleh hormon estrogen serta peningkatan prolaktin, untuk merangsang pembentukan kolostrum di air susu ibu, namun terkadang dapat terjadi peningkatan suplai darah dipayudara dari uterus yang berinvolusi serta terjadi retensi (kelebihan) darah

pada pembuluh payudara sehingga akan bengkak, keras serta terjadi penyempitan di ductus intiverus. Maka akan menyebabkan tidak keluarnya ASI dan timbul masalah keperawatan menyusui tidak efektif (Putri, 2024).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien (Tampubolon,2020).

Pengkajian 13 domain NANDA meliputi:

2.3.1.1 Health Promotion

Identitas klien, keluhan klien seperti: kehilangan darah dalam jumlah banyak 500ml, Nadi lemah, pucat, lokea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, mual.

2.3.1.2 Nutrition

Data terkait kemungkinan adanya masalah nutrisi pada ibu, ada alergi atau tidak.

2.3.1.3 Elimination

Jumlah, warna darah nifas, frekuensi BAK/BAB. Jelaskan karakteristik BAB dan BAK setelah melahirkan.

2.3.1.4 Activity Rest

Jam tidur, adakah gangguan tidur; sampaikan terkait data pada masalah mobilitas fisik, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri, disorganisasi.

2.3.1.5 Perception/Cognition

Cara pandang klien tentang proses persalinan dan apakah klien memiliki pemahaman yang cukup terkait proses persalinan.

2.3.1.6 Self Perception

Data klien merasa cemas/takut tentang setelah proses persalinan.

2.3.1.7 Role Relationship

Hubungan klien dengan hubungan dengan suami/anggota keluarga lainnya, orang yang mendukung dalam proses persalinan sekarang.

2.3.1.8 Sexuality

Karakteristik darah nifas klien, apakah klien pernah mengalami masalah seksual: sampaikan data terkait masalah kesiapan persalinan, disfungsi seksual, risiko kehamilan tidak dikehendaki.

2.3.1.9 Coping/Stress Tolerance

Bagaimana cara klien mengatasi stressor dalam pasca proses persalinan sekarang.

2.3.1.10 Life Principles

Data apakah klien tetap menjalankan sholat/ibadah yang lain setelah pasca persalinan.

2.3.1.11 Safety/Protection

Data apakah klien menggunakan alat bantu jalan, dan terkait adakah masalah gangguan integritas, hipertermia/hipo, risiko cedera, risiko infeksi yang mungkin dialami klien.

2.3.1.12 Comfort

Data apakah klien merasa nyaman dengan pasca proses persalinan sekarang, bagaimana penampilan psikologis klien sampaikan DS dan DO terkait rasa nyaman, nyeri yang dirasakan PQRST, data obyektif.

2.3.1.13 Growth Development

Masalah gangguan atau risiko tumbuh kembangan. Pemeriksaan fisik

1. Vital sign

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu: suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah.

2. Abdomen

Meliputi bentuk datar atau cembung, ada stretch mark, linea nigra, nyeri tekan, TFU

3. Vulva dan vagina

Melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi

Lochea: karakter dan jumlah lochea secara tidak langsung menggambarkan perkembangan penyembuhan normal, jumlah lochea perlahan-lahan berkurang dengan

perubahan warna yang khas yang menunjukkan penurunan komponendarah dalam aliran lochea.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan sebuah langkah dalam proses keperawatan untuk menggambarkan penilaian klinis terhadap pasien. Aspek yang dinilai dalam merumuskan sebuah diagnosa keperawatan yaitu bagaimana respon individu, keluarga, kelompok atau masyarakat terhadap permasalahan yang muncul. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual atau pun potensial. Proses menegakkan sebuah diagnosa keperawatan melibatkan kerangka berpikir yang kompleks. Perumusan diagnosa keperawatan dilakukan dengan berpedoman pada data yang diperoleh dari hasil pengkajian (Tampubolon, 2020).

a. Nyeri akut (D.0077)

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

Penyebab: agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal. terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (misal. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a) Subjektif: mengeluh nyeri
- b) Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Kriteria Minor:

- a) Subjektif: -
- b) Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diafrosis.

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan

- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom coroner akut
- e) Glaucoma

b. Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075)

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

Penyebab: trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, faktor budaya.

Batasan karakteristik:

Kriteria Mayor:

- a) Subjektif: mengeluh tidak nyaman
- b) Objektif: tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomi, payudara bengkak

Kriteria Minor:

- a) Subjektif: -
- b) Objektif: tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, berkeringat berlebihan, menangis/merintih, haemorroid

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pasca persalinan

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Definisi: berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko: penyakit kronis (misal. diabetes melitus), efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, perubahan sekrei pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat)

Kondisi klinis terkait:

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif
- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasi
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- g) Penyalahgunaan obat
- h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) *Lymphedema*
- m) Leukositopenia
- n) Gangguan fungsi hati.

d. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

Definisi: kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.

Penyebab: Fisiologis

(ketidakadekuatan suplai ASI, Hambatan pada neonatus (misal. prematuritas, sumbing), anomali payudara ibu (misal. puting yang masuk ke dalam), ketidakadekuatan refleks oksitosin ketidakadekuatan refleks menghisap bayi payudara bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar)

Situasional

(tidak rawat gabung, kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui, kurangnya dukungan keluarga, faktor budaya)

Kriteria Mayor:

- a) Subjektif: kelelahan maternal, kecemasan maternal
- b) Objektif: bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetas/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

Kriteria Minor:

- a) Subjektif: -
- b) Objektif: intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui, bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, menolak untuk mengisap

Kondisi klinis terkait:

- a) Abses payudara
- b) Mastitis
- c) *Carpel tunnel syndrome*

e. Defisit pengetahuan (D.0111)

Definisi: ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

Penyebab: keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Kriteria Mayor:

- a) Subjektif: -
- b) Objektif: menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Kriteria Minor:

- a) Subjektif: -
- b) Objektif: menjalani pemeriksaan yang tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (misal. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi klien
- b) Penyakit akut
- c) Penyakit kronis

f. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua (D.0122)

Definisi: pola pemberian lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang cukup untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan serta dapat ditingkatkan

Kriteria Mayor:

- a) Subjektif: mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua
- b) Objektif: tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga

Kriteria Minor:

- a) Subjektif: anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dalam lingkungan rumah, anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis
- b) Objektif: kebutuhan fisik dan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi

Kondisi klinis terkait:

- a) Perilaku upaya peningkatan kesehatan

g. Ansietas (D.0080)

Definisi: kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Penyebab: krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (misal. toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi

Kriteria Mayor:

- a) Subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi
- b) Objektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Kriteria Minor:

- a) Subjektif: mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya
- b) Objektif: frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara

bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait:

- a) Penyakit kronis progresif (misal. kanker, penyakit autoimun)
- b) Penyakit akut

2.3.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien (Tampubolon, 2020)

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis (D.0077)

- 1) Tujuan dan kriteria hasil:

Tingkat Nyeri (L.08066)

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Kesulitan tidur menurun

Keterangan :

- 1 Meningkat
- 2 Cukup meningkat
- 3 Sedang
- 4 cukup
- 5 menurun

- 2) Intervensi:

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

Teraupetik

- f) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal. terapi pijat, aromaterapi)
- g) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, cahaya)
- h) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- i) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- j) Jelaskan strategi meredakan nyeri

2. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus ditandai dengan kontraksi uterus (D.0075)

1) Tujuan dan kriteria hasil:

Status Kenyamanan Pascapartum (L.07061)

- a) Keluhan tidak nyaman menurun
- b) Meringis menurun
- c) Luka episiotomy menurun
- d) Kontraksi uterus menurun
- e) Payudara bengkak menurun

Keterangan :

- 1 Menurun
- 2 Cukup menurun
- 3 Sedang
- 4 Cukup meningkat
- 5 Meningkat

2) Intervensi:

Perawatan Pasca Persalinan (I.07225)

Obsevasi

- a) Monitor tanda- tanda vital
- b) Monitor keadaan lochea (misal. warna, jumlah, bau dan ukuran)
- c) Monitor nyeri
- d) Monitor status pencernaan

Teraupetik

- e) Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan
- f) Dukung ibu dalam melakukan ambulasi dini
- g) Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu *post partum*

Edukasi

- h) Jelaskan tanda dan bahaya ibu nifas
- i) Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin
- j) Ajarkan cara perawatan perenium yang benar

3. Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (D.0142)

1) Tujuan dan kriteria hasil:

Tingkat Infeksi (L.14137)

- a) Kemerahan menurun
- b) Nyeri menurun
- c) Bengkak menurun
- d) Cairan berbau busuk menurun

Keterangan :

- 1 Meningkat
- 2 Cukup meningkat
- 3 Sedang
- 4 Cukup meningkat
- 5 Menurun

2) Intervensi:

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik teraupetik
 - b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
 - Edukasi
 - c) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 - e) Anjurkan meningkatkan nutrisi
 - f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
4. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan ASI tidak menetes (D.0077)

1) Tujuan dan kriteria hasil:

Status menyusui (L.03029)

- a) Perlekatan bayi pada payudara ibu
- b) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam
- c) Tetesan/pancaran asi
- d) Suplai asi ade kuat
- e) Payudara ibu kosong setelah menyusui

Keterangan

- 1 Menurun
- 2 Cukup menurun
- 3 Sedang
- 4 Cukup meningkat
- 5 Meningkat

2) Intervensi:

Edukasi menyusui (I.I2393)

Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui

Teraupetik

- c) Sediakan materi pendidikan kesehatan
- d) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- e) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

Edukasi

- f) Berikan konseling menyusui
- g) Jelaskan manfaat menyusui pada ibu dan bayi
- h) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan
- i) Ajarkan perawatan payudara (misal. Memerah asi, pijat oksitosin dan pijat payudara)

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan kurangnya pengetahuan pasien mengenai keadaan yang diderita (D.0111)

1) Tujuan dan kriteria hasil:

Tingkat pengetahuan (L.12111)

- a) Perilaku sesuai anjuran verbalisasai minat dalam belajar
- b) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik
- c) Perilaku sesuai dengan pengetahuan

Keterangan :

- 1 Meningkatkan
- 2 Cukup meningkat sedang
- 3 Cukup menurun
- 4 Menurun

2) Intervensi

Edukasi Kesehatan (I.12383)

Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Teraupetik

- c) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- d) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Edukasi

- e) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- f) Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih

g) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

6. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua ditandai dengan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua (D.0122)

1) Tujuan dan kriteria hasil:

Peran menjadi orang tua (L.13120)

- a) Bounding attachment
- b) Perilaku positif menjadi orang tua
- c) Interaksi perawatan bayi

Keterangan :

- 1 Menurun
- 2 Cukup menurun
- 3 Sedang
- 4 Cukup meningkat
- 5 Meningkat

2) Intervensi

Edukasi orang tua : Fase Bayi (I12400)

- a) Identifikasi pengetahuan dan kesiapan orang tua belajar tentang perawatan bayi
- b) Berikan panduan tentang perubahan pola tidur bayi selama 1 tahun pertama
- c) Motivasi orang tua untuk berbicara dan membaca untuk bayi
- d) Lakukan kunjungan rumah sebagai program pemantauan dan pendampingan pada orang tua Edukasi
- e) Jelaskan nutrisi pada bayi
- f) Anjurkan memegang, memeluk, memijat, bermain dan menyentuh bayi
- g) Ajarkan keterampilan merawat bayi baru lahir

7. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan pasien merasa khawatir jika tidak bisa merawat bayinya dengan baik (D.0080)

1) Tujuan dan kriteria hasil:

Tingkat ansietas (L.09093)

- a) Verbalisasai kebingungan
- b) Verbalisasi khawatir terhadap kondisi yang dihadapi
- c) Perilaku gelisah
- d) Perilaku tegang

Keterangan :

- 1 Meningkat
- 2 Cukup meningkat
- 3 Sedang
- 4 Cukup menurun
- 5 Menurun

2) Intervensi

Reduksi ansietas (I.09314)

Observasi :

- a) Monitor tanda-tanda ansietas

Teraupetik :

- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- d) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- e) Anjurkan keluarga tetap bersama pasien
- f) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- g) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

2.4 Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT)

Emotional Freedom Technique (EFT) merupakan terapi relaksasi dalam bentuk mind body therapy dari terapi komplementer yang bekerja kurang lebih sama dengan prinsip akupuntur dan akupresur, yaitu dengan perangsangan titik-titik akupuntur di permukaan tubuh (Zukhruf & Itryah, 2023). Kesimpulan dari EFT adalah terapi yang menggunakan 2 (dua) jari untuk merangsang titik-titik meridian

dalam tubuh. Mengetuk titik meridian energi yang terpilih yang dapat menghapus emosi negatif. Ketukan-ketukan tersebut bertujuan untuk menyeimbangkan energi meridian dalam tubuh ketika terjadi gejala-gejala kemunduran fisik dan emosional yang mengganggu. EFT melakukan ketukan untuk melancarkan lagi energi tubuh sehingga mengakibatkan emosi kembali harmonis. Selain itu, terapi EFT juga menggunakan teknik tapping pada titik meridian tubuh yang dapat membuat perasaan nyaman dan rileks (Silaban, 2021).

2.4.1 Manfaat Emotional Freedom Technique

Menurut Rusdiana, (2022), EFT ditemukan untuk lebih mengefektifkan proses penyembuhan pada penyakit seperti:

- a. Kecanduan (makanan, rokok, alkohol, obat-obatan)
- b. Alergi
- c. Kegelisahan dan rasa panik
- d. Mudah marah
- e. Tekanan dan gangguan pikiran
- f. Depresi dan sedih
- g. Merubah citra tubuh
- h. Takut dan pobia
- i. Kehilangan dan kesedihan
- j. Rasa bersalah
- k. Insomnia
- l. Ingatan buruk
- m. Rasa sakit dan nyeri
- n. Penyembuhan fisik
- o. Meningkatkan kinerja (olah raga, berbicara di depan umum)
- p. Trauma
- q. Pelecehan seksual
- r. Menghilangkan rasa nyeri seperti migrain, radang sendi, dll.

2.4.2 Standar Operasional Prosedur (SOP) *Emotional Freedom Technique*

Standar operasional prosedur Terapi EFT untuk menurunkan intensitas nyeri pada ibu *post partum* yaitu (Hutajulu, 2020) :

Tabel 2.1 SOP *Emotional Freedom Technique*

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE	
PENGERTIAN	EFT adalah sebuah terapi psikologi praktis yang dapat menangani banyak penyakit, baik itu penyakit fisik dan penyakit psikologis (masalah pikiran dan perasaan).
TUJUAN	Untuk menyeimbangkan energi meridian dalam tubuh ketika terjadi gejala-gejala kemunduran fisik dan emosional yang mengganggu.
MANFAAT	EFT sangat efektif dan efisien, kapan saja dan dimana saja, untuk tujuan kuratif, preventif, maupun promotif kesehatan. Tidak hanya itu, masalah mental, emosional, sosial, ekonomi, spiritual dan nyeri, mampu diatasi dengan cepat dan efektif dengan aplikasi EFT.
SASARAN	Ibu <i>post-partum</i> dengan keluhan nyeri.
PROSEDUR LANGKAH-LANGKAH	- Pembukaan/pendahuluan (5 menit) - Menyampaikan salam pembukaan - Menjelaskan tujuan prosedur - Pelaksanaan/pengembangan (20 menit) - Mengkaji skala nyeri - Memperagakkan masing-masing gerakan EFT <i>The Set-Up</i> Langkah ini dilakukan untuk menetralkan “<i>Psychological Reversal</i>” atau perlawanan psikologis (biasanya berupa pikiran negatif

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

spontan atau keyakinan bawah sadar negative.

“Bayangkan dan rasakan hal-hal positif yang Anda pikirkan tersebut seakan- akan telah terjadi dalam hidup anda”.

2) The Tapping

Tapping adalah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh kita. Titik-titik ini adalah kunci dari “*The Major Energy Meridians*”, yang jika ketuk beberapa kali akan berdampak pada ternetralisirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan. Karena aliran energi tubuh berjalan dengan normal dan seimbang kembali (Zainuddin,2012)

Adapun titik-titik yang di tekan pada teknik EFT sebagai berikut:

a) Cr = *Crown*

Pada titik dibagian kepala.

b) EB = *Eye Brow*

Pada titik permulaan alis mata.

c) SE = *Side of Eye*

Diatas tulang disamping mata.

d) UE = *Under Eye*

2 cm dibawah kelopak mata

e) UN = *Under Nose*

Tepat dibawah hidung

f) Ch = *Chin*

Diantara dagu dan bagian bawah bibir.

g) CB = *Collar Bone*

Diujung tepat bertemunya tulang dada,

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

collar bone dan tulang rusuk pertama.

h) UA = *Under Arm*

Dibawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat di bagian tengah tali bra (wanita).

i) BN = *Bellow Nipple*

2,5 cm dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara.

j) H = *Inside Hand*

Dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.

k) OH = *Outside Hand*

Dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.

l) Th = *Thumb*

Ibu jari disamping luar bagian bawah kuku.

m) IF = *Index Finger*

Jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).

n) MF = *Middle Finger*

Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).

o) RF = *Ring Finger*

Jari manis samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).

p) BF = *Baby Finger*

Jari kelingking samping luar bagian

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)

q) KC = *Karate Chop*

Disamping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat karate

r) GS = *Gamut Spot*

Dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking.

c. Mengobservasi keadaan rileks

d. Mengkaji skala nyeri sesudah melakukan

EFT

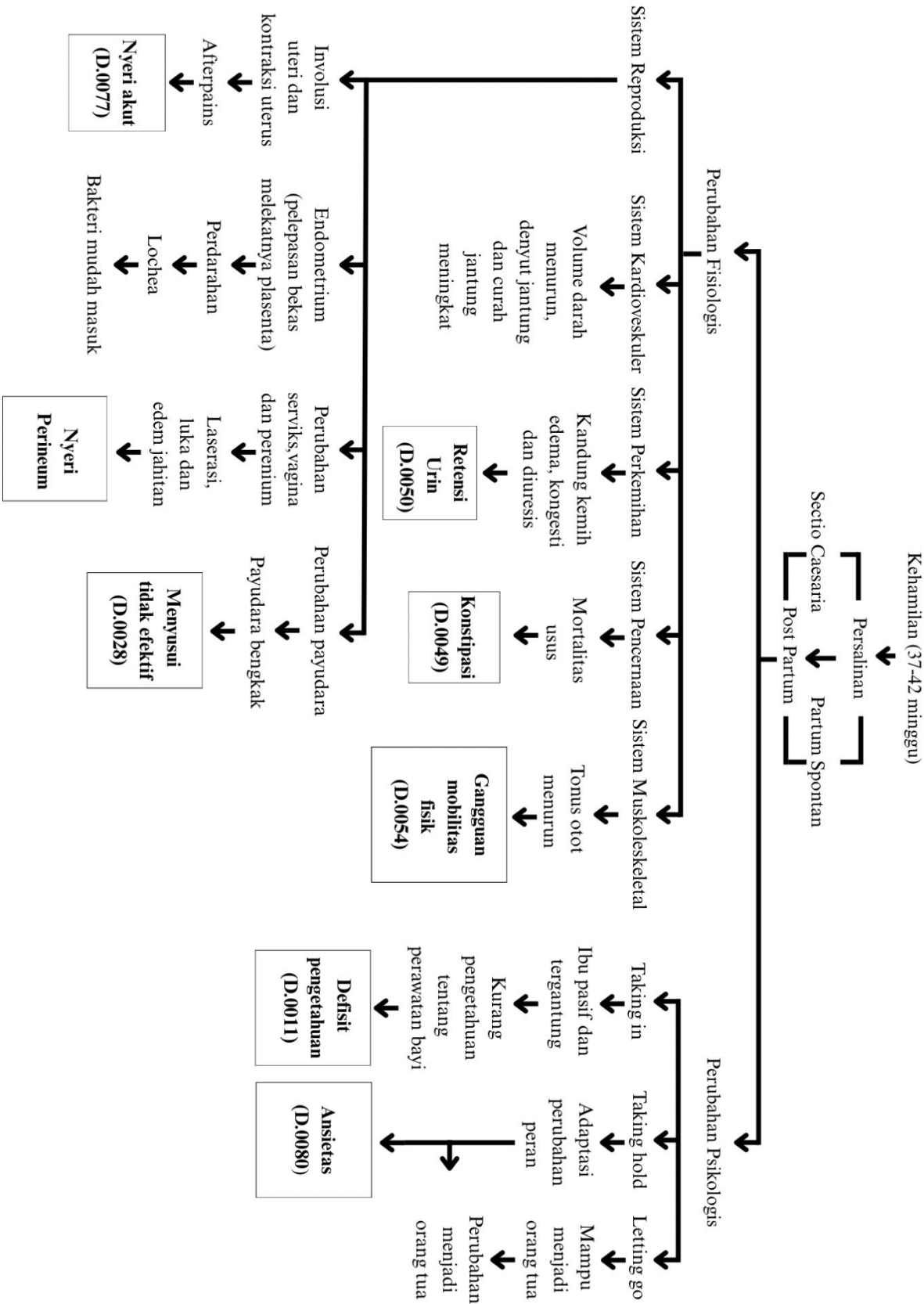
3) Penutup (5 menit)

a. Mengevaluasi tindakan

b. Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan tindakan

c. Ucapan terima kasih dan salam penutup

2.5 Pathways Post Partum



Gambar 2.4 Pathways Post partum
Sumber: (Putri, 2024).

BAB 3. METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus

Studi kasus merupakan metode dalam mengetahui dan memahami seseorang menggunakan praktek inklusif dan menyeluruh atau komprehensif. Lewat praktek yang dilakukan, peneliti akan mengumpulkan individu yang dijadikan sebagai subjek penelitian. Penggalan informasi secara mendalam akan dilakukan peneliti demi pemahaman secara detail (Dea, 2024). Studi kasus yang diangkat pada karya tulis ilmiah ini yaitu penerapan *Emotional Freedom Technique* (EFT) pada ibu *post partum*.

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek yang digunakan dalam kasus ini adalah 2 orang ibu *post partum* primipara dengan keluhan nyeri perineum hari kedua sampai keenam setelah persalinan. Diantara 2 orang ibu *post partum* tersebut, 1 diantaranya dilakukan Terapi EFT sedangkan 1 orang tidak dilakukan agar membuktikan keefektifan Terapi EFT.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus yang digunakan yaitu penerapan EFT dengan cara *tapping* di 18 titik akupunktur di permukaan tubuh untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu *post partum*.

3.4 Definisi Operasional Fokus Studi

Definisi operasional adalah pernyataan yang jelas, tepat, dan tidak ambigu berdasarkan variabel dan karakteristik yang menyediakan pemahaman yang sama terhadap keseluruhan data sebelum dikumpulkan atau sebelum materi dikembangkan (Pertiwi, 2018). Batasan istilah atau definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.4.1 Ibu *Post Partum*

Ibu *post partum* adalah Ibu primipara melahirkan secara spontan dari hari ke 2 sampai 6 hari dengan keluhan nyeri perineum.

3.4.2 Nyeri Perineum

Nyeri perineum adalah rasa sakit yang disebabkan oleh robekan pada perineum, vagina, yang berlangsung 2-6 hari *post partum* pada hari ke 6 pemeriksaan. Untuk mengukur tingkat nyeri pada ibu *post partum* menggunakan lembar observasi *Numeric Rating Scale* (NRS).

3.4.3 *Emotional Freedom Technique* (EFT)

EFT merupakan terapi relaksasi dalam bentuk *mind body therapy* dari terapi komplementer yang bekerja kurang lebih sama dengan prinsip akupunktur dan akupresur, yaitu dengan cara *tapping* di 18 titik akupunktur seperti: pada titik dibagian kepala, permulaan alis mata, diatas tulang disamping mata, 2cm dibawah kelopak mata, tepat dibawah hidung, diantara dagu dan bagian bawah bibir, diujung tempat bertemunya tulang dada, dibawah ketiak sejajar dengan puting susu, 2,5cm dibawah puting susu, dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan, dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan, ibu jari disamping luar bawah kuku, jari telunjuk disamping luar bawah kuku, jari tengah samping luar bawah kuku, jari kelingking samping luar bawah kuku, disamping telapak tangan bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok, dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan jari kelingking. Terapi EFT digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu *post partum*, dengan lama waktu 1 (satu) minggu dengan frekuensi 5 (lima) kali kunjungan selama 30 menit.

3.5 Instrumen Studi Kasus

Menurut Hutajulu (2020), instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah instrument yang digunakan untuk melakukan pengumpulan data yaitu :

- a. Format Pengkajian 13 Domain NANDA
- b. Format Pengkajian Nyeri
- c. SOP Terapi Ketuk EFT

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah teknik atau metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, pada sub bagian ini menjelaskan metode pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut :

3.6.1 Wawancara

Wawancara merupakan menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Dalam wawancara, peneliti mengajak klien untuk bertukar pikiran dan perasaannya yang diistilahkan dengan komunikasi terapeutik

3.6.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Penulis mengumpulkan data dengan cara pengamatan langsung pada klien. Dengan observasi penulis dapat mengetahui perilaku dan keadaan klien.

Pengkajian dalam keprawatan dipergunakan untuk memperoleh data subjektif dan data objektif dari klien. Tujuan dari pemeriksaan fisik yaitu untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan.

3.6.3 Studi Dokumentasi

Pada studi dokumentasi prosedur pengumpulan data dimulai dari pra studi kasus dengan melakukan studi pendahuluan. Langkah-langkah pengumpulan datanya sebagai berikut :

- a. Mendapat persetujuan dari pembimbing untuk melakukan pengambilan data sesuai kasus yang sudah disetujui.
- b. Membuat proposal terkait penelitian yang akan dilakukan.
- c. Melakukan seminar proposal dan perbaikan sesuai arahan pembimbing.
- d. Melakukan uji etik proposal.
- e. Mahasiswa mencari kasus di lingkungan sekitar atau daerah sekitar untuk dijadikan pasien.

- f. Meminta persetujuan pasien yang akan dijadikan pasien kelolaan kemudian peneliti menjelaskan maksud, tujuan, manfaat, dan prosedur selama penelitian.
- g. Melakukan pengkajian dan wawancara pada responden dan bercakap-cakap dengan responden tentang keluhan yang dirasakan.
- h. Menganalisa data dan menentukan diagnosa keperawatan.
- i. Menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan.
- j. Mengimplementasikan Teknik EFT pada ibu *post partum*.
- k. Melakukan evaluasi tindakan Terapi EFT yang sudah dilakukan dan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah dilakukan.
- l. Melakukan analisa studi kasus.
- m. Menyusun laporan hasil studi kasus.

3.6.4 Kegiatan Studi Kasus

Tabel 3.1 Kegiatan Studi Kasus

N O	KEGIATAN	KUNJUNGAN				
		ke- 1	ke- 2	ke- 3	ke- 4	ke- 5
1	Perkenalan, menjelaskan maksud dan tujuan, melakukan persetujuan Tindakan.					
2	Mengkaji tingkat nyeri dengan menggunakan form skala nyeri , dan penerapan EFT pada pasien					
3	Melakukan implementasi penerapan EFT					
4	Penerapan EFT pada hari ke					
5	Evaluasi Penerapan EFT					
6	Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan Penerapan EFT					

3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini adalah studi kasus individu yang akan dilakukan di Kabupaten Magelang, Jawa Tengah dari tanggal 12 Mei-16 Mei 2025.

3.8 Analisis Data dan Penyajian Data

Analisa data diambil dengan dilakukan melalui penelitian lapangan selama pengumpulan atau sampai semua data terkumpul. Teknik analisis data digunakan untuk lebih menjelaskan dan membandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dan intervensi.

3.9 Etika Studi Kasus

Menurut Sondang (2022), etika yang mendasari penyusunan studi kasus yang terdiri dari

3.9.1 *Informed consent.*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan sebagai bentuk persetujuan menjadi responden. Caranya dengan menjelaskan studi kasus serta implementasi studi kasus yang akan dilakukan. Peneliti juga memberikan edukasi terkait manfaat dan resiko apa saja yang akan terjadi, lalu tindakan apa saja yang dilakukan pada responden.

3.9.2 *Anonimty*

Responden berhak tidak diketahui namanya dan dijaga kerahasiannya dari pihak lain. Caranya yaitu data yang berasal dari responden tidak disertakan identitasnya (anonim), namun cukup dengan kode responden atau nama inisial. Data yang diperoleh dari setiap responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden sendiri. Selama pengolahan analisis data dan publikasi hasil, penelitian identitas responden tidak diinformasikan pada pihak lain kecuali tenaga kesehatan terkait.

3.9.3 *Confidentiality*

Metode ini merupakan etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh penulis dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penulis.

3.9.4 *Ethical Clearance*

Ethical Clearance atau kelayakan etik merupakan keterangan tertulis yang diberikan oleh komite etik untuk penelitian, yang melibatkan makhluk hidup yang menyatakan bahwa suatu Karya Tulis Ilmiah layak dilaksanakan setelah memenuhi syarat. Nomor izin etik penelitian ini adalah 0101/KEPK-FIKES/II.3AU/F/2025.

BAB 4. HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Pada bab ini menyajikan ringkasan tentang studi kasus pada 2 responden Ny. D dan Ny. L dengan *post partum* primipara hari kedua dengan keluhan nyeri pada jahitan perineum. Asuhan keperawatan dilakukan dengan menerapkan Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT) yang dilakukan pada tanggal 12 Mei 2025 sampai dengan 16 Mei 2025. Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan dokumentasi keperawatan di Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Candimulyo Magelang. Dalam studi kasus, responden Ny. D akan dilakukan asuhan keperawatan dan diajarkan Terapi EFT selama 5 kali pertemuan, sedangkan responden Ny. L akan dilakukan asuhan keperawatan dan diajarkan Terapi EFT hanya di pertemuan ke lima.

4.1.1 Hasil Studi Kasus Responden 1

4.1.1.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 12 Mei 2025 pukul 08:00 WIB didapatkan klien Ny.D, berusia 22 tahun, *post partum* hari kedua dengan status obsterti P1A0, alamat di Desa Banyuurip, Kecamatan Tegalrejo, Kabupaten Magelang. Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga, beragama Islam, tinggal bersama suami, anaknya, dan mertua. Klien merupakan pasangan yang baru menikah 1 tahun yang lalu. Klien mengatakan merasa nyeri di bagian perineum, dengan P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 7, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Klien mengatakan merasa tidak nyaman di bagian perineum. Klien mengatakan usaha yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri yaitu dengan berdoa dan berpasrah diri kepada Allah SWT. Data obyektif Ny.D tampak meringis, dan lemas. Berdasarkan tanda mayor yaitu mengeluh nyeri skala 7 pada bagian perineum. Tanda gejala mayor dengan data objektif yaitu pasien tampak meringis dan lemas, tekanan darah: 120/70 mmHg , nadi: 66x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,2°C. Berdasarkan pengkajian yang didapatkan

penulis merumuskan diagnosis asuhan keperawatan sebagai berikut, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum), dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7.

4.1.1.2 Pengkajian 13 domain NANDA

Pengkajian dilakukan pada Ny. D tanggal 12 Mei 2025 diperoleh dengan hasil sebagai berikut :

Health Promotion

Kesehatan umum Ny. D didapatkan tingkat kesadaran klien *composmentis*. Tekanan darah klien 120/70 mmHg, nadi 66 x/menit, suhu 36,2°C, dan respirasi 20 kali permenit. Keluhan utama klien adalah merasakan nyeri seperti perih di bagian perineum. Klien mengatakan tidak nyaman karena jahitan perineum. Dalam mengontrol kesehatan klien berobat ke puskesmas atau klinik terdekat. Klien mengatakan jarang berolahraga. Klien mengatakan tidak meminum jamu-jamuan. Klien juga jarang berolahraga.

Nutrition

Pada pengkajian ini didapatkan berat badan klien 49 kg, tinggi badan 155 cm, dan didapatkan IMT klien 20,39. Clinical meliputi rambut klien berwarna hitam, turgor kulit klien elastis, mukosa bibir lembab, konjungtiva tidak anemis, diit meliputi nafsu makan klien tetap teratur dengan frekuensi makan 3 kali sehari dengan porsi habis. Energi meliputi, klien belum mampu melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor penilaian status gizi klien baik, klien tidak memiliki masalah nutrisi, tidak ada masalah mengenai kemampuan mengunyah dan menelan.

Eliminasi

Pola pembuangan urine 4 kali sehari, urine berwarna kuning jernih, dan bau khas urine. Klien tidak memiliki riwayat kelainan kandung kemih. Frekuensi BAB 2 kali sehari, klien tidak mengalami konstipasi. Turgor kulit elastis, warna kulit putih, akral teraba hangat, dan suhu 36,2°C.

Activity/Rest

Aktivitas klien terganggu karena nyeri yang dirasakan. Klien tidur pukul 20.00 sampai 04.00 WIB. Klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, tidak ada edema ekstremitas.

Preception/Cognition

Klien mengatakan sakit yang dialami saat ini adalah hal yang wajar dialami bagi ibu melahirkan, hanya saja klien merasa belum terbiasa karena ini adalah persalinan pertamanya. Klien mengatakan kurang mengetahui cara mengatasi nyeri.

Self Perception

Klien tidak merasa cemas. Klien juga mengatakan tidak merasa putus asa ataupun berkeinginan untuk mencederai.

Role Relationship

Status Ny. D menikah. Orang terdekat klien adalah suaminya, dan hubungan antara suami keluarga terjalin dengan baik dan saling mendukung.

Sexuality

Pasien nifas hari kedua, karakteristik darah nifas klien merah (lochea rubra), sehari klien ganti pembalut 4 kali. Tidak ada masalah atau disfungsi seksual. Klien mengatakan mengikuti program pil KB. Klien mengatakan tidak ada masalah pada produksi ASI.

Life Principles

Komunikasi klien dengan tetangga baik. Klien mengatakan tidak melakukan ibadah karena masa nifas. Tidak ada kegiatan keagamaan yang diikuti. Prinsip hidup klien ”jalani saja apa yang sekarang terjadi, dan tetap berdoa untuk kedepannya agar selalu didekatkan dengan hal-hal baik”.

Safety/Protection

Klien mengatakan tidak ada alergi dan tidak ada edema pada ekstremitas. Klien mengatakan mampu melakukan aktivitas sehari-hari sebagian secara mandiri. Tidak menggunakan alat bantu.

Comfort

Klien mengatakan merasa nyeri skala 7 dan merasa tidak nyaman dibagian perineum. Klien mengatakan lemas. Aktivitas klien menurun karena nyeri pada jahitan perineum. Klien mengatakan usaha menurunkan nyeri dengan berpasrah diri kepada Allah SWT.

Growth/Development

Tidak ada masalah dalam perkembangan dan pertumbuhan klien. Klien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 5 kg.

4.1.1.3 Analisa Data dan Diagnosis Keperawatan

Analisa data pada tanggal 12 Mei 2025 pada pukul 08.00 WIB didapatkan data subyektif Ny.D mengeluhkan nyeri pada jalan lahir (perineum), terasa seperti perih ketika memulai aktivitas, P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 7, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Ny.D mengatakan usaha untuk mengurangi nyeri dengan cara berpasrah kepada Allah SWT dan beristirahat. Data obyektif Ny.D tampak meringis, dan lemas. Berdasarkan pengkajian yang didapatkan penulis merumuskan diagnosis asuhan keperawatan sebagai berikut, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum), dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7. Berdasarkan tanda mayor yaitu mengeluh nyeri skala 7 pada bagian perineum. Tanda gejala mayor dengan data obyektif yaitu pasien tampak meringis dan lemas, tekanan darah: 120/70 mmHg, nadi: 66x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,2°C.

4.1.1.4 Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 kali kunjungan di rumah pasien diharapkan kriteria hasil tingkat nyeri dengan ekspektasi menurun sesuai target awal yang telah ditentukan dengan skala nyeri menurun 7 ke 3, keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5), meringis menurun dari (2) ke (5) (L.08066).

Adapun rencana keperawatan manajemen nyeri seperti, *Observasi*: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup; *Terapeutik*: berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT untuk mengurangi nyeri dengan cara ketukan menggunakan 2 jari pada 18 titik meridian pada tubuh); *Edukasi*: jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (I.08238).

4.1.1.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum), dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri pada bagian perineum

skala 7, dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah tertuang berdasarkan SIKI (2018). Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 12 Mei 2025 pukul 08.00 WIB yaitu dengan *Observasi*: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; *Terapeutik* : memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT); *Edukasi*: menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Sebelum dilakukan tindakan keperawatan, klien mengatakan skala nyeri yaitu skala 7. Setelah dilakukan tindakan didapatkan respon klien untuk subjektif klien menjelaskan bahwa klien merasa tidak nyaman dan mengeluh nyeri pada jalan lahir (perineum). Setelah diberikan Terapi EFT klien mengatakan masih merasakan nyeri dengan skala 7 namun klien merasa lebih tenang, P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 7, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Data objektifnya klien tampak mengikuti saran dari penerapan Terapi EFT untuk mengurangi nyeri tersebut. Tekanan darah: 120/70 mmHg , nadi: 66x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,2°C.

Tindakan hari kedua pada tanggal 13 Mei 2025 pukul 08:00 WIB, dengan implementasi memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT), adapun respon subjektif sebelum dilakukan tindakan klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 6. Setelah dilakukan tindakan respon subjektif klien mengatakan masih merasakan nyeri dengan skala 6 namun klien merasakan lebih tenang, P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 6, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Data objektifnya klien tampak mengikuti saran dari penerapan Terapi EFT untuk mengurangi nyeri tersebut. Tekanan darah: 120/80 mmHg , nadi: 68x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,5°C.

Implementasi yang dilakukan pada hari ke tiga yaitu 14 Mei 2025 pukul 08:00 WIB, dengan memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT), adapun respon subjektif klien sebelum diberikan tindakan skala 5, setelah dilakukan tindakan klien mengatakan nyeri masih terasa dengan skala 5, namun klien merasa lebih tenang. P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S:

5, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Tekanan darah: 100/60 mmHg , nadi: 72x/menit, respirasi: 22x/menit, dan suhu 36,6°C.

Pada hari ke empat yaitu 15 Mei 2025 pukul 08:00 WIB, dengan implementasi memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT). Diperoleh respon subjektif klien sebelum diberikan tindakan mengatakan skala nyeri yaitu skala 5. Setelah dilakukan tindakan Terapi EFT, respon subjektif klien mengatakan nyeri dengan skala 4, namun setelah diberikan Terapi EFT klien merasa lebih tenang, P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 4, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Tekanan darah: 120/80 mmHg , nadi: 78x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,6°C.

Tindakan hari kelima yaitu 16 Mei 2025 pukul 08:00 WIB, dengan implementasi memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT), adapun respon subjektif klien sebelum diberikan Terapi EFT, klien mengatakan skala nyeri 4. Setelah diberikan Terapi EFT klien mengatakan nyeri berkurang menjadi 3 dan klien merasa lebih tenang, P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 3, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Tekanan darah: 110/60 mmHg , nadi: 70x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,5°C.

4.1.1.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum). Rasa nyeri pada perineum Ny.D yang telah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 kali kunjungan pada tanggal 12 Mei 2025 sampai 16 Mei 2025. Diharapkan setelah dilakukan penerapan Terapi EFT nyeri dapat menurun. Pada tanggal 12 Mei 2025 pukul 08:30 WIB, diperoleh hasil yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri belum menurun meskipun sudah menerapkan Terapi EFT selama 1 hari. Data objektifnya yaitu Ny.D masih tampak meringis kesakitan. Tekanan darah: 120/70 mmHg , nadi: 66x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,2°C. Selain itu untuk skala tingkat nyeri pada klien belum menurun yaitu skala 7. Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. Lanjutkan intervensi penerapan Terapi EFT untuk mengurangi nyeri.

Pada tanggal 13 Mei 2025 pukul 08:30 WIB, diperoleh hasil yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri belum menurun meskipun sudah menerapkan Terapi EFT selama 2 hari. Data objektifnya yaitu Ny.D masih tampak meringis kesakitan. Tekanan darah: 120/80 mmHg , nadi: 68x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,5°C. Selain itu untuk skala tingkat nyeri pada klien menurun dengan skala 6. Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. Lanjutkan intervensi penerapam Terapi EFT untuk menurunkan nyeri.

Pada tanggal 14 Mei 2025 pukul 08:30 WIB, diperoleh hasil yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang meskipun sudah menerapkan Terapi EFT selama 3 hari. Data objektifnya yaitu Ny.D masih tampak meringis. Tekanan darah: 100/60 mmHg , nadi: 72x/menit, respirasi: 22x/menit, dan suhu 36,6°C. Selain itu untuk skala tingkat nyeri pada klien menurun yaitu skala 5. Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. Lanjutkan intervensi penerapam Terapi EFT untuk menurunkan nyeri.

Pada tanggal 15 Mei 2025 pukul 08:30 WIB, diperoleh hasil yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri sudah menurun, karena sudah bisa menerapkan Terapi EFT secara rutin dengan baik dan benar. Data objektifnya yaitu Ny.D sudah tampak tidak meringis kesakitan. Tekanan darah: 120/80 mmHg , nadi: 78x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,6°C. Skala nyeri menurun dari 5 ke 4. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Pertahankan intervensi penerapam Terapi EFT untuk menurunkan nyeri.

Pada tanggal 16 Mei 2025 pukul 08:30 WIB, diperoleh hasil yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang, meskipun sudah menerapkan Terapi EFT selama 3 hari. Data objektifnya yaitu Ny.D sudah tidak tampak meringis. Tekanan darah: 110/60 mmHg , nadi: 70x/menit, respirasi: 20x/menit, dan suhu 36,5°C. Selain itu untuk score tingkat nyeri pada klien menurun yaitu dari skala 4 ke 3.

Masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Pertahankan intervensi penerapam Terapi EFT ketika klien merasakan nyeri.

4.1.2 Hasil Studi Kasus Responden 2

4.1.2.1 Pengkajian

Pada tanggal 12 Mei 2025 pukul 10.00 WIB didapatkan pengkajian Ny.L, perempuan umur 26 tahun, *post partum* hari kedua dengan status obstetri P1A0. Alamat di Desa Ngersap, Kecamatan Candimulyo, Kabupaten Magelang. Klien seorang ibu rumah tangga, klien beragama Islam, tinggal bersama suami dan anaknya yang baru lahir. Didapatkan data subjektif klien mengatakan sulit tidur karena merasakan anaknya sering menangis, untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Klien mengatakan merasa nyeri pada jahitan perineum, dengan P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 8, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Ny.L mengatakan tidak ada usaha untuk mengurangi nyeri tersebut. Data obyektif Ny.L tampak meringis, dan lemas. Tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi: 70x/menit, respirasi: 21x/menit, dan suhu 36,2°C, serta klien tampak meringis kesakitan, klien tampak lemas, klien terlihat berhati-hati ketika menggerakkan badan dikarenakan nyeri. Klien mengatakan tidak ada usaha yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut.

4.1.2.2 Pengkajian 13 Domain Nanda

Pengkajian dilakukan pada Ny. L tanggal 12 Mei 2025 diperoleh dengan hasil sebagai berikut :

Health Promotion

Kesehatan umum Ny. L didapatkan tingkat kesadaran klien composmentis tekanan darah klien 130/80 mmHg, nadi 70x/menit, suhu 36,5°C, respirasi 21x/menit. Keluhan utama klien adalah nyeri pada jahitan perineum skala 8, klien mengatakan sulit tidur karena anaknya sering menangis, tidak nyaman karena jahitan perineum. Klien mengatakan untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Dalam mengontrol kesehatan berobat ke puskesmas atau klinik terdekat. Klien mengatakan jarang berolahraga. Klien juga mengatakan tidak merokok dan tidak minum alkohol.

Nutrition

Pada pengkajian ini didapatkan berat badan klien 55 kg, tinggi badan 157 cm, dan hasil IMT klien 22,31. Clinical meliputi rambut klien berwarna hitam, turgor kulit klien elastis, mukosa bibir lembab, konjungtiva tidak anemis, diit meliputi nafsu makan klien tetap teratur dengan frekuensi makan 3 kali sehari 1 porsi. Energi meliputi, klien belum mampu melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor penilaian status gizi klien baik, klien tidak memiliki masalah nutrisi, tidak ada masalah mengenai kemampuan mengunyah dan menelan.

Eliminasi

Pola pembuangan urine 5 kali sehari, urine berwarna kuning jernih, bau khas urine. Klien tidak memiliki riwayat kelainan kandung kemih. Frekuensi BAB 1 kali sehari, klien tidak mengalami konstipasi. Turgor kulit elastis, warna putih, akral teraba hangat, dan suhu 36,5°C.

Activity/Rest

Aktivitas klien terganggu karena nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan mengalami gangguan tidur karena anaknya sering menangis. Klien bisa tidur pukul 23.00 sampai 05.00 WIB. Klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, tidak ada edema ekstremitas. Klien mengatakan nyeri, pola tidurnya tidak teratur, dan aktivitas sehari-hari menjadi menurun.

Preception/Cognition

Klien mengatakan kurang mengetahui cara mengatasi nyeri pada jahitan perineum.

Self Perception

Klien menyatakan merasa cemas akan proses persalinannya, karena persalinan pertamanya. Klien dan suami merasa senang atas kelahiran buah hati mereka.

Role Relationship

Status Ny. L menikah. Orang terdekat klien adalah suaminya. Dan hubungan antara suami serta keluarga terjalin dengan baik dan saling mendukung.

Sexuality

Pasien nifas hari kedua, karakteristik darah nifas klien merah (lochia rubra). Klien mengganti pembalut sehari 4 kali. Tidak ada masalah atau disfungsi seksual. Klien mengatakan mengikuti program pil KB. Klien mengatakan tidak ada masalah pada produksi ASI.

Life Principles

Komunikasi klien dengan tetangga baik. Klien tidak menjalankan ibadah karena dalam masa nifas.

Safety/Protection

Klien mengatakan tidak ada alergi, tidak ada edema pada ekstremitas. Klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri namun tidak sepenuhnya. Klien tidak memerlukan alat bantu.

Comfort

Klien mengatakan merasa nyeri skala 8 dan merasa tidak nyaman dibagian perineum. Klien mengatakan lemas. Klien menyangkal pusing kepala. Aktivitas klien menurun karena nyeri pada jahitan perineum. Klien tidak ada usaha untuk menurunkan nyeri.

Growth/Development

Tidak ada masalah dalam perkembangan dan pertumbuhan klien. Klien mengatakan kenaikan berat badan selama kehamilan ± 4 kg.

4.1.2.3 Analisa Data dan Diagnosis Keperawatan

Analisa data pada tanggal 12 Mei 2025 pada pukul 10.00 WIB, didapatkan data subyektif Ny.L mengatakan mengeluhkan nyeri pada jalan lahir (perineum), terasa seperti perih ketika memulai aktivitas. Klien juga mengatakan mengalami kesulitan tidur karena anaknya sering menangis. P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 8, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Ny.L mengatakan tidak ada usaha untuk mengurangi nyeri tersebut. Data obyektif Ny.L tampak meringis, dan lemas. Tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi: 70x/menit, respirasi: 21x/menit, dan suhu 36,2°C. Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan di atas, maka penulis melakukan analisa data dan merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul yaitu sebagai berikut, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum), dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077).

4.1.2.4 Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 kali kunjungan di rumah pasien, diharapkan kriteria hasil tingkat nyeri dengan ekspektasi menurun. Sesuai target

awal yang telah ditentukan dengan skala nyeri menurun dari 8 ke 3, keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5), meringis menurun dari (2) ke (5). Adapun rencana keperawatan manajemen nyeri seperti, *Observasi*: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup; *Terapeutik*: berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT dengan cara ketukan menggunakan 2 jari pada 18 titik meridian pada tubuh); *Edukasi*: jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, (I.08238).

4.1.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny. L hanya dilakukan pada hari kelima, hal ini bertujuan untuk membandingkan keefektikan Terapi EFT pada ibu *post partum*. Implementasi dilakukan pada tanggal 16 Mei 2025 pukul 10.00 WIB dengan intervensi utama yaitu manajemen nyeri. *Observasi*: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan; *Terapeutik*: memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (Terapi EFT untuk mengurangi nyeri dengan cara ketukan menggunakan 2 jari pada 18 titik meridian pada tubuh). *Edukasi*: menjelaskan strategi meredakan nyeri.

Didapatkan hasil sebelum dilakukan tindakan keperawatan, klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 5. Setelah dilakukan tindakan, didapatkan data subjektif klien menjelaskan bahwa klien merasa tidak nyaman, dan mengeluh nyeri pada jalan lahir (perineum). Setelah diberikan Terapi EFT klien mengatakan ada penurunan skala nyeri dari skala 5 menjadi 4, namun klien merasa lebih tenang. P: Nyeri pada jahitan perineum, Q: Perih, R: Di daerah perineum, S: 4, T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas.. Kemudian didapatkan data objektif, yaitu klien tampak mengikuti saran dari penerapan Terapi EFT untuk mengurangi nyeri tersebut, klien tampak lebih rileks, klien tidak tampak meringis. Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi 68x/menit, suhu 36,2°C, respirasi 20x/menit. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Pertahankan intervensi penerapan Terapi EFT ketika klien merasakan nyeri.

4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan pada kunjungan kelima dengan durasi 30 menit, yaitu tindakan asuhan keperawatan dengan penerapan Terapi EFT untuk menurunkan nyeri pada ibu *post partum*. Diharapkan setelah dilakukan Terapi EFT, nyeri dapat menurun dan kualitas tidur dapat meningkat.

Pada tanggal 16 Mei pukul 10:00 WIB, hasil evaluasi diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum) dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8. Dengan didapatkan data subjektif, klien mengatakan sebelum diberikan Terapi EFT skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 5, setelah diberikan Terapi EFT nyeri menurun menjadi skala 4. Klien mengatakan merasa rileks setelah melakukan tindakan Terapi EFT. Data objektif klien tampak lebih segar, klien tampak tidak meringis. Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi 68x/menit, suhu 36,2°C, respirasi 20x/menit. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Pertahankan intervensi penerapan Terapi EFT ketika klien merasakan nyeri.

4.2 Pembahasan

Karya tulis ilmiah ini bertujuan melihat efektifitas Terapi EFT pada ibu *post partum* hari kedua dengan menggunakan asuhan keperawatan selama 5 hari pada Ny. D yaitu pada tanggal 12 Mei 2025 sampai 16 Mei 2025, dan asuhan keperawatan selama satu hari pada Ny. L yaitu pada tanggal 16 Mei 2025 di Kabupaten Magelang. Pada bagian ini penulis akan membahas mengenai kesamaan antara teori dengan data yang diperoleh selama melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. D dan Ny. L dengan penurunan skala nyeri di Kabupaten Magelang dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan dengan hasil. Dapat disimpulkan dari pemberian Terapi EFT terhadap klien pertama dan kedua, bahwa penurunan nyeri yang dialami klien dari hari pertama hingga hari ketiga dipengaruhi oleh pemberian obat, selain itu pada penelitian ini terbukti bahwa Terapi EFT lebih efektif untuk menurunkan nyeri pada ibu *post partum* setelah hari ke empat dan ke lima.

Diagnosa pada klien pertama dan kedua yang sudah terkaji adalah nyeri akut. Nyeri akut pada ibu *post partum* spontan adalah hal yang umum terjadi karena berbagai perubahan fisik dan fisiologis yang dialami tubuh wanita. Persalinan spontan melibatkan peregangan dan potensi robekan pada jaringan lunak di sekitar jalan lahir, termasuk perineum (area antar vagina dan anus), labia dan vagina. Robekan ini bisa terjadi secara alami atau membutuhkan episiotomi (sayatan bedah) untuk membantu proses persalinan. Luka luka ini menyebabkan nyeri yang signifikan, terutama saat duduk, berjalan, atau buang air (Davidson et al., 2018).

Pada penelitian ini, Lembar NRS (*Numeric Rating Scale*) digunakan untuk mengukur tingkat nyeri yang dialami ibu *post partum*. Lembar NRS (*Numeric Rating Scale*) atau Skala Peringkat Numerik adalah salah satu alat yang paling umum dan banyak digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Selain itu, Lembar NRS juga memiliki kelebihan utama yaitu Relatif Objektif untuk Pengukuran Subjektif: Meskipun nyeri adalah pengalaman yang sangat subjektif, NRS memberikan cara yang relatif terstandarisasi untuk mengkuantifikasi tingkatan nyeri. Ini memungkinkan perbandingan dan pelacakan yang lebih objektif dari pengalaman nyeri individu (Clauw et al., 2019).

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual klien (Tampubolon, 2020).

Rasa sakit yang dialami oleh ibu *post partum* dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih rendah, mempengaruhi kemampuan mereka untuk melakukan kegiatan sehari-hari, terlibat dalam hubungan sosial, dan bahkan berdampak pada kehidupan seksual mereka (Jantik & Sulastri, 2025). Selain itu, instrumen yang dilakukan untuk mengukur tingkat nyeri yaitu menggunakan *Numeric Rating Scale* atau

disingkat NRS. Alat ini digunakan untuk mengevaluasi tingkat nyeri dengan cara responden menyebutkan angka pada skala 0-10, dari tidak ada rasa sakit hingga sakit tidak tertahankan. *Numeric Rating Scale* (NRS) merupakan metode untuk menilai tingkat intensitas atau keparahan nyeri, memberikan kebebasan kepada klien untuk menentukan seberapa parahnya nyeri yang dirasakan (Yoviana *et al.*, 2024).

Mengenai tahapan proses asuhan keperawatan nyeri akut pada ibu *post partum*, menggunakan pengkajian 13 Domain NANDA yang berfokus pada pengukuran tingkat nyeri yang dilakukan sebelum dan sesudah tindakan asuhan keperawatan. Dari pengkajian asuhan keperawatan diperoleh hasil bahwa klien pertama mengatakan nyeri skala 7 di hari pertama masa nifas dengan tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 66x/menit, suhu 36,2°C, dan respirasi 20x/menit. Keluhan utama klien adalah merasakan nyeri seperti perih di bagian perineum, klien mengatakan tidak nyaman pada area perineum. Klien kedua skala nyeri di angka 8, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 70x/menit, suhu 36,5°C, dan respirasi 21x/menit, keluhan utama klien adalah nyeri pada jahitan perineum, klien juga mengatakan sulit tidur karena merasakan nyeri, dan tidak nyaman karena jahitan perineum. Klien mengatakan untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Perbedaan skala antara klien pertama (skala 7) dan klien kedua (skala 8) disebabkan oleh kualitas tidur, dimana klien kedua mengalami gangguan tidur karena anaknya sering menangis. Masalah yang terjadi ketika seseorang mengalami gangguan tidur adalah kualitas tidurnya akan menurun (Laila *et al.*, 2024).

Pengkajian yang dilakukan disini adalah pengkajian nyeri akut yang sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Pengkajian dilakukan pada ibu *post partum* spontan hari kedua sampai dengan hari keenam, dengan mengukur tingkat nyeri ibu *post partum* sebelum melakukan tindakan penerapan Terapi EFT. Hasil pengkajian yang didapatkan pada klien pertama ibu *post partum* dengan nyeri akut, skala nyeri di angka 7. Klien kedua skala nyeri di angka 8. Klien juga mengatakan sulit tidur karena anaknya sering menangis. Klien juga mengatakan

tidak nyaman karena jahitan perineum. Klien mengatakan untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Pengkajian pada ibu *post partum* untuk mengetahui klasifikasi nyeri akut pada klien sebelum diberikan Terapi EFT. Dari hasil pembahasan yang ditemukan dari konsep sebelumnya, yang telah dilakukan dan diterapkan kepada klien sudah sesuai dengan konsep di atas, yaitu dengan melakukan pengkajian tingkat nyeri sebelum dan sesudah melakukan Terapi EFT dengan cara ketukan menggunakan 2 jari pada 18 titik meridian pada tubuh (Silaban, 2021).

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan sebuah langkah dalam proses keperawatan untuk menggambarkan penilaian klinis terhadap pasien. Aspek yang dinilai dalam merumuskan sebuah diagnosa keperawatan yaitu bagaimana respon individu, keluarga, kelompok atau masyarakat terhadap permasalahan yang muncul. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual atau pun potensial. Proses menegakkan sebuah diagnosa keperawatan melibatkan kerangka berpikir yang kompleks. Perumusan diagnosa keperawatan dilakukan dengan berpedoman pada data yang diperoleh dari hasil pengkajian (Tampubolon, 2020).

Diagnosis utama yang diangkat dalam kasus ini adalah nyeri akut, yaitu nyeri pada ibu *post partum* akibat jahitan perineum. Menurut *Internasional Association for Study of Pain* (IASP), nyeri didefinisikan sebagai suatu sensori subyektif dan emosional tidak menyenangkan yang didapat, terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam (Ramadhan *et al.*, 2024).

Nyeri di perineum disebabkan oleh luka di area tersebut yang menyebabkan rasa tidak nyaman setelah melahirkan. Nyeri perineum adalah rasa sakit yang disebabkan oleh robekan pada perineum, vagina, serviks, atau uterus, yang dapat berlangsung tiba-tiba atau sebab intervensi medis selama proses persalinan. Hampir semua persalinan pervaginam menyebabkan robekan perineum, baik yang

disengaja melalui episiotomi maupun robekan spontan. Beberapa robekan memerlukan jahitan, sementara yang lain tidak. Jahitan pada perineum biasanya menyebabkan rasa nyeri (Untari et al., 2025).

Pada kasus ini nyeri akut yang dialami klien pertama dan kedua disebabkan oleh luka jahitan pada perineum. Diagnosis nyeri akut menjadi prioritas utama karena ditemukan tanda dan gejala ditandai klien pertama dan kedua adalah nyeri pada jahitan perineum, tidak nyaman karena jahitan perineum. Klien pertama dan kedua juga mengatakan untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Mengalami nyeri akut akan mengganggu dalam aktivitas sehari-hari, sehingga masalah nyeri akut pada ibu *post partum* menjadi diagnosis utama yang dapat ditangani.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien. Adapun tahapannya, yaitu mengidentifikasi tujuan klien, menetapkan hasil yang diperkirakan, memilih tindakan keperawatan, mendelegasikan tindakan dan menuliskan rencana asuhan keperawatan (Tampubolon, 2020).

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri pada ibu *post partum*, baik secara farmakologi maupun non-farmakologi. Penanganan nyeri secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat analgesik. Tetapi pemberian analgesik masih menimbulkan pertentangan karena menyebabkan efek samping pada penggunaannya. Sedangkan secara nonfarmakologi lebih aman diterapkan karena mempunyai risiko yang lebih kecil, tidak menimbulkan efek samping serta menggunakan proses fisiologis. Salah satu upaya dalam menurunkan nyeri dengan teknik nonfarmakologi seperti tindakan Terapi *Emotional Freedom Technique* (EFT). Teknik EFT adalah terapi yang menggabungkan energi dalam

tubuh dengan tapping pada beberapa titik di tubuh (Yoviana *et al.*, 2024).

Terapi EFT dapat diberikan oleh perawat pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri. Terapi ini merupakan salah satu ilmu baru yang dikenal dengan *energy psychology* yang berfokus pada kalimat tertentu yang diucapkan secara berulang dengan teratur yang disertai dengan keyakinan atau kepasrahan terhadap Tuhan-Nya sesuai dengan kepercayaan. Terapi ini adalah bentuk gabungan antara energi tubuh dengan terapi spiritual serta menggunakan metode tapping yang bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri melalui titik “*Major Energy Meridians*” yang dapat merangsang pengeluaran hormon endorpin sehingga menimbulkan perasaan yang jauh lebih nyaman (Rahmawati & Gati, 2024)

Kesimpulan dari pemaparan diatas bahwa apa yang sudah dilakukan ke klien sudah sesuai yaitu memberikan terapi non-farmakologi dengan Terapi EFT yang dapat membantu menurunkan rasa nyeri yang dialami ibu *post partum*.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tahapan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Tampubolon, 2020).

Terapi EFT menggabungkan teknik psikologi, spiritualitas, dan manajemen energi tubuh melalui metode tapping di titik- titik tertentu. Proses ini melibatkan relaksasi, yang dapat memicu pelepasan endorfin sebagai penghilang nyeri alami tubuh. Terapi ini memberikan efek menenangkan dan mampu mengurangi intensitas nyeri. Selain itu, EFT juga memberikan efek parasimpatik yang menciptakan perasaan

tenang (Indriani & Azali, 2024)

Penelitian sebelumnya pada ibu post sc menunjukkan bahwa EFT berkontribusi signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri, dengan skala nyeri berkurang dari sedang menjadi ringan (Rahmana *et al.*, 2024). Menurut studi Latifah & Ramawati, (2018) pasien pada ibu post sc yang awalnya mengalami nyeri berat setelah menjalani terapi EFT, mengalami penurunan nyeri menjadi ringan bahkan kembali normal. Berdasarkan paparan diatas tentang manfaat Teknik EFT terbukti efektif. Teknik ini dapat mengurangi rasa nyeri pada ibu *post partum*. Oleh karena itu, perlu dilakukan penerapan tentang bagaimana penerapan Teknik EFT pada ibu *post partum*.

Dari hasil pembahasan yang ditemukan dari konsep sebelumnya yang telah dilakukan dan diterapkan kepada klien sesuai dengan konsep penelitian diatas dengan Terapi EFT untuk menurunkan nyeri pada ibu *post partum*.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

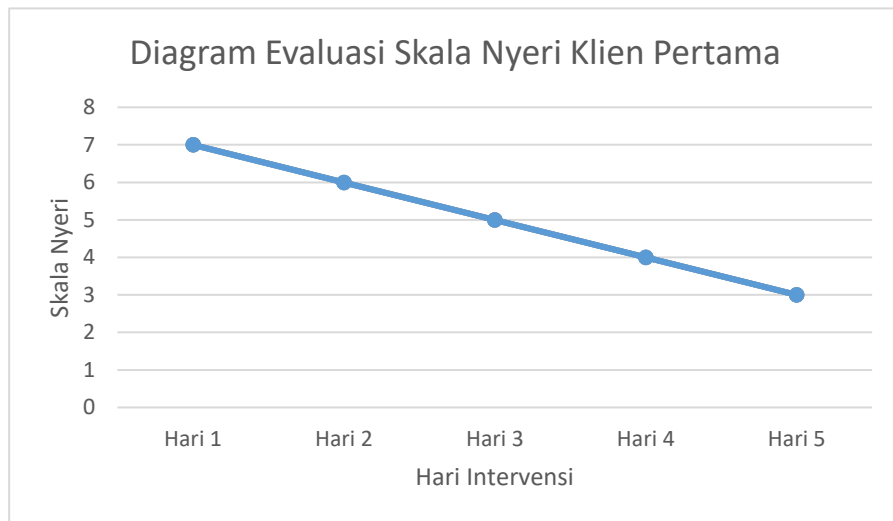
Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Tampubolon, 2020).

Hasil evaluasi keperawatan pada klien pertama yaitu Ny. D, dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum) selama 5 kali kunjungan di pagi hari. Masalah teratasi, hal ini dapat terjadi karena faktor pendukung dari klien dengan kooperatif melakukan semua implemetasi yang telah diberikan, tidak ada faktor penghambat selama melakukan tindakan, dengan kriteria

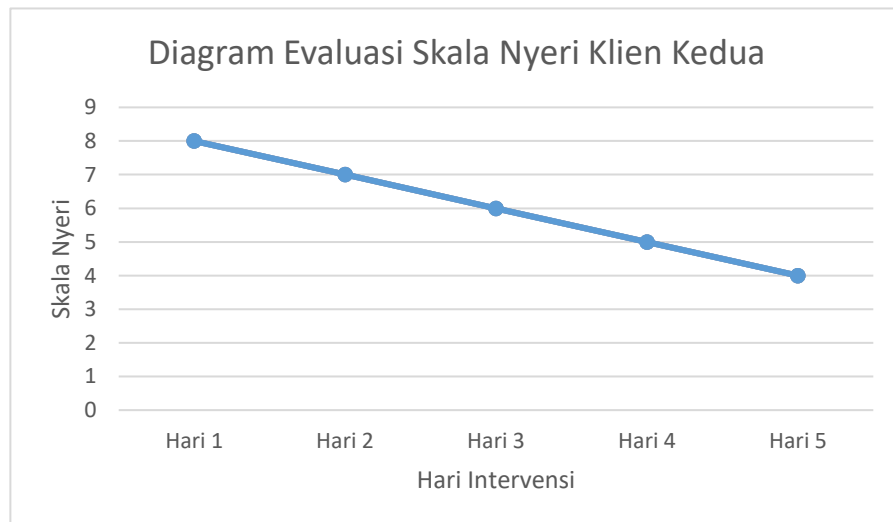
hasil skala nyeri menurun dari (2) ke (5) yaitu pada skala 7 ke 3, keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5), meringis menurun dari (2) ke (5). Sebelum dilakukan tindakan asuhan keperawatan Terapi EFT menunjukkan klien pertama dengan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 7 pada hari pertama, kemudian di hari kedua skala nyeri menurun menjadi 6, hari ketiga skala nyeri menurun menjadi 5, hari keempat skala nyeri menurun dari sebelum diberikan tindakan Terapi EFT nyeri skala 5, dan setelah diberikan Terapi EFT nyeri menurun menjadi 4, lalu pada hari kelima setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan Terapi EFT skala nyeri menurun menjadi skala 3. Klien mengatakan merasa tenang setelah diberikan Terapi EFT.

Hasil evaluasi keperawatan pada klien kedua Ny. L dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum). Didapatkan hasil evaluasi pada klien kedua, dengan skala nyeri menurun dari hari pertama saat kunjungan yaitu skala 8, setelah diberikan Terapi EFT yang hanya diberikan pada hari kelima sebelum tindakan klien mengatakan nyeri skala 5, dan setelah diberikan tindakan klien mengatakan nyeri menurun skala 4.

Maka dapat disimpulkan bahwa pemberian asuhan keperawatan Terapi EFT pada ibu *post partum* dapat menurunkan skala nyeri perineum. Setelah dilakukan implementasi Terapi EFT. Masalah teratasi, klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan, hal ini dapat terjadi karena faktor pendukung dari klien dengan kooperatif melakukan semua implementasi yang telah diberikan. Tidak ada faktor penghambat selama kunjungan, baik itu kunjungan hari pertama sampai hari kelima. Berikut diagram evaluasi penurunan skala nyeri pada klien pertama dan kedua.



Gambar 4.1 Diagram Evaluasi Skala Nyeri Klien Pertama



Gambar 4.2 Diagram Evaluasi Skala Nyeri Klien Kedua

4.3 Keterbatasan

Selama melakukan tindakan Terapi EFT kepada klien pertama, yaitu klien mengalami keterbatasan pada saat kunjungan hari pertama sampai kedua, dimana klien belum mampu melakukan Terapi EFT dengan cara ketukan menggunakan 2 jari pada 18 titik meridian pada tubuh secara benar. Alasan yang mendasari keterbatasan tersebut dikarenakan kurangnya media sebagai pembelajaran pada klien seperti pamlet.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada bab sebelumnya maka penulis menyimpulkan asuhan keperawatan pada ibu *post partum* mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian pada ibu *post partum* dengan nyeri akut dilakukan menggunakan 13 domain NANDA, yang utama yaitu pengukuran tingkat nyeri pada ibu *post partum* dengan hasil klien pertama dan kedua mengalami nyeri tingkat berat yang disebabkan oleh jahitan perineum, dimana klien pertama didapatkan hasil pengkajian skala nyeri yaitu skala 7, sedangkan klien kedua didapatkan hasil skala nyeri 8, sehingga aktivitas sehari-hari menjadi menurun.

5.1.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (jahitan perineum).

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan dengan prinsip yaitu untuk mengurangi skala nyeri pada ibu *post partum* dengan cara Terapi EFT.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan untuk mengurangi skala nyeri pada ibu *post partum* dengan cara Terapi EFT, selama 5 kali implementasi pada klien pertama, dan 1 kali implementasi pada klien kedua, yang dilakukan selama 30 menit.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi akhir pada klien pertama, Ny.D dengan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 7 pada hari pertama, kemudian di hari kedua skala nyeri menurun menjadi 6, hari ketiga skala nyeri menurun menjadi 5, hari keempat skala nyeri menurun dari sebelum diberikan tindakan Terapi EFT nyeri skala 5, setelah diberikan Terapi EFT nyeri menurun menjadi 4, kemudian pada hari kelima setelah dilakukan tindakan

asuhan keperawatan Terapi EFT skala nyeri menurun menjadi skala 3. Klien mengatakan merasa tenang setelah diberikan Terapi EFT.

Klien kedua, Ny.L diperoleh hasil yaitu skala nyeri menurun. Yaitu skala nyeri 8 saat kunjungan hari pertama, kemudian pada hari kelima saat pemberian Terapi EFT, sebelum diberikan Terapi EFT skala nyeri klien adalah skala 5, setelah diberikan Terapi EFT skala nyeri menurun menjadi skala 4. Masalah teratasi, dengan Terapi EFT yang terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri yang terjadi pada ibu *post partum*.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil karya tulis ini, maka saran yang dapat diberikan penulis adalah sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Profesi Perawat

Petugas kesehatan diharapkan dapat menerapkan Terapi EFT untuk mengurangi nyeri yang dialami ibu *post partum*.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi Pendidikan memasukkan intervensi Terapi EFT dalam pemberian asuhan keperawatan pada ibu *post partum* dengan keluhan nyeri.

5.2.3 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Sebagai dasar kebijakan pemberian asuhan keperawatan pada ibu *post partum* dengan keluhan nyeri menggunakan Terapi EFT.

5.2.4 Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat mengembangkan pengaplikasian asuhan keperawatan bagi ibu *post partum* dengan keluhan nyeri.

5.2.5 Bagi Masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan masyarakat khususnya pada ibu nifas untuk membantu ibu nifas memahami pentingnya Terapi EFT.

DAFTAR PUSTAKA

- Adwitia, R., & Adimayanti, E. (2024). *IKN : Jurnal Informatika dan Kesehatan Relaksasi Napas Dalam dan Vulva Hygiene pada Pengelolaan Ketidaknyamanan Ibu Post Partum Spontan dengan Episiotomi IKN : Jurnal Informatika dan Kesehatan. 1*, 90–97.
- Anwar, C., & Safitri, F. (2022). Perawatan Masa Nifas Di Rumah Sakit Bhayangkara Banda Aceh. In *Jurnal Pengabdian Masyarakat (Kesehatan)* (Vol. 4, Issue 1).
- Astika, N. R., Sulistiowati, P., & Astuti, D. (2025). Efektivitas Perawatan Luka Menggunakan NaCl 0, 9% Pada Ny. P Ibu Post Partum Normal Primipira Dengan Indikasi Rupture Perineum Di Desa Kaligondang. *Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO)*, 2(1), 492–499.
- Aulia, D., Solehati, T., & Sukmawati, S. (2023). Pengaruh Intervensi Perawatan Luka Perineum Pada Ibu Nifas dengan NaCl 0, 9%: a Case Report. *Nursing Sciences Journal*, 7(2), 90–98.
- Clauw, D. J., Essex, M. N., Pitman, V., & Jones, K. D. (2019). Reframing Chronic Pain As a Disease, Not a Symptom: Rationale and Implications For Pain Management. *Postgraduate Medicine*, 131(3), 185–198.
- Davidson, M. R., London, M. L., Ladewig, P. W., & Olds, S. B. (2012). Olds' Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Across The Lifespan. (*No Title*).
- Dea, R. G. (2024). Faktor Perubahan Alih Fungsi Lahan Pertanian Akibat Pembangunan Kawasan Aerotropolis Kulon Progo dan Dampaknya Terhadap Tata Guna Lahan LP2B , Pemukiman dan Pariwisata. *Journal of Local Architecture and Civil Engineering*, 2(2), 50–58. <https://doi.org/10.59810/localengineering>
- Hilmiffah, D., & Sari, L. L. (2025). Hubungan Jenis Persalinan Dengan Kelengkapan Kunjungan Nifas Di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Delima Kabupaten Rejang Lebong Relationship Between Type Of Delivery And Completeness Of Postpartum Visit In The Working Area Of Puskesmas

- Kampung Delima*, *Rej.* 3(1), 29–36.
- Hutajulu, D. (2020). *SOP EFT*. <https://id.scribd.com/document/456947708/SOP-EFT>
- Ibtihal, N. D., Zhasvir, S. A., Marwa, N., Tri, C., & Joelyta, A. (2025). *Literature Review : Analisis Pentingnya Dukungan Pada Ibu*. 1(1), 1182–1186.
- Indriani, A. N., & Azali, L. M. P. (2024). *Penerapan Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesrea*. 23.
- Jantik, L. G. A., & Sulastri, S. (2025). Implementasi Terapi Kompres Dingin Menggunakan Ice Pack dalam Mengurangi Nyeri Perineum pada Ibu Post Partum: Studi Kasus. *Jurnal Ners*, 9(1), 502–507.
- Kana, Y. N. R., Sholihin, R. M., Zuhkrina, Y., Suriana, E. Q., Sembiring, S. M., Martini, N. F., Pinem, L. H., Pipin, A., Melanie, E. S. R., Pati, D. U., & Noor, Y. E. I. (2015). *Dasar Kesehatan Reproduksi*.
- Laila, R., Aksari, S. T., Rantauni, D. A., & Imanah, N. D. N. (2024). Pemberian Aroma Therapy Lavender Terhadap Kualitas Tidur Ibu Post Partum Di Puskesmas Kesugihan. *JICN: Jurnal Intelek Dan Cendikiawan Nusantara*, 1(4), 5299–5305. <https://jicnusanantara.com/index.php/jicn>
- Latifah, L., & Ramawati, D. (2018). Intervensi Emotional Freedom Technique (Eft) Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi Sectio Caesaria (Sc). *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)*, 1(1), 53. <https://doi.org/10.24990/injec.v1i1.52>
- Pertiwi, N. N. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi Dengan Kesiapan Peningkatan Nutrisi Diwilayah Kerja UPT KESMAS Sukawati Gianyar*. Poltekkes Denpasar.
- Putri, nabilla eka. (2024). *Laporan Pendahuluan Asuhan Keperawatan Maternitas Postnatal Care*. <https://www.nursinghero.com/study-files/21340793>
- Rahmana, M. F. R., Fatmawati, A., & Imansari, B. (2024). Pengaruh Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (Seft) Terhadap Pengurangan Nyeri Dismenore Pada Remaja. In *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah* (Vol. 11, Issue 2).
- Rahmawati, S., & Gati, N. W. (2024). Penerapan Terapi Sitz Bath Dengan

- Aromaterapi Geranium Oil Nyeri Luka Laserasi Perineum Ibu Post Partum. *Indonesian Journal of Public Health*, 2(4), 848–857.
- Ramadhan, S., Irawati, D., Maria, R., & Arista, L. (2024). Efektivitas Hipnoterapi dalam Manajemen Nyeri pada Gangguan Muskuloskeletal. In *Journal of Telenursing (JOTING)* (Vol. 6, Issue 1). <https://doi.org/10.31539/joting.v6i1.10043>
- Rusdiana. (2022). *HYPNO-EFT (Emotional Freedom Technique) Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi ORT*. file:///C:/Users/acer/Documents/LP ASKEP RSUD TIDAR/KTI/REFERENSI/SEMBARANG/Rusdiana .M (EFT).pdf
- Silaban, J. (2021). Terapi Emotional Freedom Technique Menurunkan Nyeri Post Sectio Caesarea. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwifery, Environment, Dentist)*, 16(2), 430–434. <https://doi.org/10.36911/pannmed.v16i2.1081>
- Sondang, D. M. P. (2022). Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Dalam Pendokumentasian Informed Consent. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 7(1), 76–84. <https://doi.org/10.51143/jksi.v7i1.343>
- Sundari, Novayanti, A. (2023). Dukungan Sosial Dan Status Kesehatan Mental Ibu Pascasalin. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 18, 2302–2531. <https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/download/1525/905/6778>
- Tampubolon, K. N. (2020). Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan. *Tahap Tahap Proses Keperawatan*.
- Untari, S., Avitasari, S., & Kodiyah, N. (2025). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Pasca Salin Dengan Fokus Intervensi Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Laserasi Perineum. *Tahun 2025 I-ISSN*, 10(1), 2774–8731. <http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCBid>
- Widianti, T., Sari, F., Sari, S. N., & Munthe, J. (2024). *Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny . D Masa Nifas Fisiologis dengan ASI Sedikit di PMB Ny BD . Riyanti , STR . Keb Bangetayu Kulon Genuk Kota Semarang Provinsi Jawa Tengah Tahun 2024* (Vol. 2, Issue 4).

- Yoviana, I., Maryati, I., & Widiasih, R. (2024). Intervensi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) Untuk Mengatasi Kecemasan Dan Nyeri Pasca Sectio Caesaria: a Case Report. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(6), 3085–3101. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i6.3019>
- Yuliana, W., R.R., R. H., & Hakim, B. N. (2024). Efektifitas Kelas Online Calon Ibu Terhadap Waktu Pencapaian Adaptasi Psikologis (Letting Go) pada Ibu Postpartum. *Jurnal Kebidanan Malakbi*, 5(1), 30. <https://doi.org/10.33490/b.v5i1.1092>
- Zukhruf, R. M., & Itryah. (2023). Penyuluhan Pecegahan Postpartum Blues Menggunakan Terapi Emotional Freedom Technique(Eft). *Jabb*, 4(1), 500–505.

LAMPIRAN

Lampiran 1 . Sertifikat Etik

	Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang Sekretariat: Gedung Fakultas Ilmu Kesehatan Lt. 2 Jl. Mayjend. Bambang Soegeng Km. 5 Metrojudan Magelang 56172 Email : kepk.fikes@ummgl.ac.id Telp: 0293-326945 pesawat 2401	
ETHICAL CLEARANCE 0101/KEPK-FIKES/II.3.AU/F/2025		
Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, setelah membaca dan menelaah secara seksama usulan Penelitian dengan Judul: <i>Penerapan Emotional Freedom Technique (EFT) Untuk Menurunkan Intensitas Afterpains (Nyeri Akut) Pada Ibu Post Partum</i>		
Yang mengikutsertakan manusia/ hewan coba sebagai subyek peneliti, dengan peneliti: Peneliti Utama : Nasywa Riyana Anggota Peneliti :-		
Tempat Penelitian : Candimulyo, Kab.Magelang Telah dinyatakan memenuhi persyaratan etik penelitian untuk dilaksanakan. Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang mempunyai hak untuk melakukan pemantauan selama penelitian berlangsung.		
Magelang, 05/05/2025 Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan UNIMMA		
 Ketua, Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep NIK 047806007		

Lampiran 2. Lembar Inform Consent Klien Pertama

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : D~~.....~~

Umur : 22 th.

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : RT

Alamat : Plumbon

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul " Penerapan *Emotional Freedom Technique* (EFT) Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Perineum Pada Ibu Post Partum"
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia ~~tidak~~ ~~bersedia~~*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Magelang, 4 Maret 2025

Peneliti,  Nasywa Riyana	Responden,  Saksi
--	---

.....

*) Coret salah satu

Lampiran 3. Lembar Inform Consent Klien Kedua

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : [REDACTED]
Umur : 26 Th
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : IRT
Alamat : Nsrsap

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul " Penerapan *Emotional Freedom Technique* (EFT) Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Perincum Pada Ibu Post Partum"
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia⁴tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Magelang, 4 Maret 2025

Peneliti,  Nasywa Riyana	Responden,  Saksi [REDACTED]
---	---

.....

*) Coret salah satu

Lampiran 4. SOP Emotional Freedom Technique (EFT)

<i>SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE</i>	
PENGERTIAN	EFT adalah sebuah terapi psikologi praktis yang dapat menangani banyak penyakit, baik itu penyakit fisik dan penyakit psikologis (masalah pikiran dan perasaan).
TUJUAN	Untuk menyeimbangkan energi meridian dalam tubuh ketika terjadi gejala-gejala kemunduran fisik dan emosional yang mengganggu.
MANFAAT	EFT sangat efektif dan efisien, kapan saja dan dimana saja, untuk tujuan kuratif, preventif, maupun promotif kesehatan. Tidak hanya itu, masalah mental, emosional, sosial, ekonomi, spiritual dan nyeri, mampu diatasi dengan cepat dan efektif dengan aplikasi EFT.
SASARAN	Ibu <i>post-partum</i> dengan keluhan nyeri.
PROSEDUR	1. Pembukaan/pendahuluan (5 menit)
LANGKAH-LANGKAH	c. Menyampaikan salam pembukaan d. Menjelaskan tujuan prosedur 2. Pelaksanaan/pengembangan (20 menit) a. Mengkaji skala nyeri b. Memperagakkan masing-masing gerakan EFT 1) <i>The Set-Up</i> Langkah ini dilakukan untuk menetralkan “<i>Psychological Reversal</i>” atau perlawanan psikologis (biasanya berupa pikiran negatif spontan atau keyakinan bawah sadar negative. “Bayangkan dan rasakan hal-hal positif yang Anda pikirkan tersebut seakan-

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

akan telah terjadi dalam hidup anda”.

2) The Tapping

Tapping adalah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh kita. Titik-titik ini adalah kunci dari “*The Major Energy Meridians*”, yang jika ketuk beberapa kali akan berdampak pada ternetralisirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan. Karena aliran energi tubuh berjalan dengan normal dan seimbang kembali (Zainuddin,2012)

Adapun titik-titik yang di tekan pada teknik EFT sebagai berikut:

a) Cr = *Crown*

Pada titik dibagian kepala..

b) EB = *Eye Brow*

Pada titik permulaan alis mata.

c) SE = *Side of Eye*

Diatas tulang disamping mata.

d) UE = *Under Eye*

2 cm dibawah kelopak mata

e) UN = *Under Nose*

Tepat dibawah hidung

f) Ch = *Chin*

Diantara dagu dan bagian bawah bibir.

g) CB = *Collar Bone*

Diujung tepat bertemunya tulang dada, collar bone dan tulang rusuk pertama.

h) UA = *Under Arm*

Dibawah ketiak sejajar dengan puting susu

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

(pria)atau tepat di bagian tengah tali bra (wanita).

i) BN = *Bellow Nipple*

2,5 cm dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara.

j) H = *Inside Hand*

Dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.

k) OH = *Outside Hand*

Dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.

l) Th = *Thumb*

Ibu jari disamping luar bagian bawah kuku.

m) IF = *Index Finger*

Jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).

n) MF = *Middle Finger*

Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).

o) RF = *Ring Finger*

Jari manis samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).

p) BF = *Baby Finger*

Jari kelingking samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)

q) KC = *Karate Chop*

Disamping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat

SOP EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE

karate

r) GS = *Gamut Spot*

Dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking.

c. Mengobservasi keadaan rileks

d. Mengkaji skala nyeri sesudah melakukan

EFT

3) *Penutup* (5 menit)

a. Mengevaluasi tindakan

b. Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan tindakan

c. Ucapan terima kasih dan salam penutup

lampiran 5. Asuhan Keperawatan Klien Pertama

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MATERNITAS (POST PARTUM)

Nama Mahasiswa : Nasywa Riyana
 Semester/Tingkat : 6/3
 Tempat Praktek : Desa Banyuurip
 Tanggal Pengkajian : 12 Mei 2025
 Sumber Data : Pasien
 Metode Pengumpulan Data : Wawancara

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama inisial klien : Ny. D
2. Umur : 22 Tahun
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Alamat : Desa Banyuurip, Tegalrejo, Magelang
5. Pendidikan : SMP
6. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
7. Agama : Islam
8. Tanggal masuk RS : - Jam: -
9. Nomor Rekam Medis : -
10. Diagnosa Medis : Post partum spontan H+2

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

1. Nama : Tn. H
2. Umur : 22 Tahun
3. Alamat : Desa Banyuurip, Tegalrejo, Magelang
4. Pekerjaan : Wiraswasta
5. Hubungan dengan pasien : Suami

C. DATA KESEHATAN UMUM

1. Keluhan Utama Klien : Klien mengatakan nyeri pada jahitan perineum, terasa perih, skala 7
2. Alasan datang ke RS : -
3. Konsumsi obat-obatan/jamu-jamuan : klien tidak meminum jamu-jamuan
4. Riwayat alergi : Klien tidak ada riwayat alergi
5. Diet Khusus : Klien tidak ada diet khusus
6. Penyakit bawaan: Ada/tidak. Jika ada, sebutkan -
7. Menggunakan alat bantu : Klien tidak menggunakan alat bantu

D. PENGKAJIAN 13 DOMAIN NANDA

1. HEALTH PROMOTION (sampaikan data terkait masalah defisit pengetahuan, kesiapan peningkatan pengetahuan):
Klien mengatakan dalam mengontrol kesehatan klien berobat ke puskesmas atau klinik terdekat.
2. NUTRITION (sampaikan data terkait kemungkinan adanya masalah nutrisi baik pada ibu maupun bayi, proses laktasi, keseimbangan cairan elektrolit):
Tidak ada masalah nutrisi pada klien. ASI keluar dengan baik dan lancar. Nafsu makan baik, 3 kali sehari dengan porsi habis. BB 49 kg, tinggi 155 cm, IMT klien adalah 20,39 (Normal).
3. ELIMINATION (Meliputi frekuensi BAK/BAB , jelaskan karakteristik BAB dan BAK tersebut, ada mual dan muntah tidak):
Klien BAK 4 kali sehari, bau khas urine, berwarna kuning. BAB 2 kali sehari. Klien tidak mengalami konstipasi. Integritas kulit klien normal, turgor kulit elastis, warna kulit klien putih, akral teraba hangat, dan suhu 36,2 C.
4. ACTIVITY/REST(Meliputi jam tidur, adakah gangguan tidur; sampaikan terkait data pada masalah mobilitas fisik, intoleransi aktifitas, defisit perawatan diri, disorganisasi perilaku bayi):
Setelah melahirkan klien mengatakan jam tidur dari jam 20:00-04:00 WIB. Aktivitas klien sehari-hari menurun.
5. PERCEPTION/COGNITION (Meliputi cara pandang klien tentang proses persalinan dan bayi yang dilahirkannya, apakah klien memiliki pemahaman yang cukup terkait proses persalinan):
Klien memiliki wawasan yang cukup mengenai proses persalinan. Klien mengatakan kurang mengetahui cara mengatasi nyeri. Klien mengatakan sakit yang dialami saat ini adalah hal yang wajar dialami bagi ibu melahirkan, hanya saja klien merasa belum terbiasa karena ini adalah persalinan pertamanya.
6. SELF PERCEPTION (Meliputi apakah klien merasa cemas/takut tentang proses persalinan sekarang, apakah klien merasa senang dengan kelahiran bayinya sekarang):
Klien mengatakan tidak merasa cemas. Klien juga mengatakan tidak merasa putus asa atau keinginan untuk mencederai.
7. ROLE RELATIONSHIP (Meliputi hubungan klien dengan perawat/bidan/dokter yang membantu persalinan, hubungan dengan suami/anggota keluarga lainnya, orang yang mendukung dalam proses persalinan sekarang): dapat juga disampaikan data terkait masalah interaksi sosial, kesiapan menjadi orang tua, proses pengasuhan, ketegangan peran pemberi asuhan, dll):

Hubungan klien dengan suami, serta keluarganya terjalin dengan baik dan saling mendukung. Orang terdekat klien adalah suaminya.

8. **SEXUALITY** (Meliputi karakteristik darah nifas klien, apakah klien akan menggunakan kontrasepsi setelah persalinan sekarang, apakah klien pernah mengalami masalah seksual; sampaikan data terkait masalah kesiapan persalinan, disfungsi seksual, risiko kehamilan tidak dikehendaki):
Klien mengatakan darah nifas berwarna merah (*lochea rubra*). Klien juga mengatakan sehari mengganti pembalut 4 kali. Klien belum pernah mengalami masalah dalam hubungan seksual sebelumnya dan berencana menggunakan pil KB sebagai kontrasepsi.
9. **COPING/STRESS TOLERANCE** (Meliputi bagaimana cara klien mengatasi stressor dalam proses persalinan sekarang, jika bayi klien yang lahir meninggal atau mengalami gangguan maka apa tindakan klien, sampaikan data terkait masalah ansietas, berduka, coping tidak efektif, distress spiritual):
Klien mengatakan cara mengatasi stress dalam proses persalinan dengan berpasrah diri kepada Allah SWT.
10. **LIFE PRINCIPLES** (Meliputi apakah klien tetap menjalankan sholat/ibadah yang lain selama proses perawatan, apakah klien mengikuti kegiatan keagamaan sebelum masuk perawatan, apa prinsip hidup yang dimiliki klien):
Klien mengatakan tidak melakukan ibadah karena masa nifas. Tidak ada kegiatan keagamaan yang diikuti. Prinsip hidup klien “jalani saja apa yang sekarang terjadi, dan tetap berdoa untuk kedepannya agar selalu didekatkan dengan hal-hal baik”.
11. **SAFETY/PROTECTION** (Meliputi apakah klien menggunakan alat bantu jalan, apakah pengaman di samping tempat tidur berfungsi dengan baik, dan terkait adakah masalah gangguan integritas, hipertermia/hipo, risiko cedera, risiko infeksi yang mungkin dialami klien atau bayinya):
Klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri sebagian. Klien tidak menggunakan alat bantu.
12. **COMFORT** (Meliputi apakah klien merasa nyaman dengan proses persalinan sekarang, bagaimana penampilan psikologis klien: sampaikan DS dan DO terkait rasa nyaman, nyeri yang dirasakan= PQRST, data obyektif):
Klien mengatakan merasa nyaman dengan proses persalinannya. *Provocade* : Nyeri pada jahitan perineum, *Quality* : Perih, *Regio* : Di daerah perineum, Skala : 7, *Time* : Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. Klien tampak lemas. Klien tampak meringis.

13. GROWTH/DEVELOPMENT (Meliputi berapakah kenaikan berat badan ki selama kehamilan sekarang, sampaikan data terkait masalah gangguan atau risiko tumbuh kembang):
BB ketika hamil: 55 kg. BB sebelum hamil: 44 kg. Klien mengatakan tidak mengalami masalah gangguan dalam perkembangan dan pertumbuhan.

E. DATA UMUM MATERNITAS

1. Apakah kehamilan ini direncanakan : Ya/~~tidak~~
2. Nifas hari ke : 2
3. Menikah : 1 kali
4. Status Obstetri : P(para) 1 A(abortus) 0
5. Anak sebelumnya : -
6. Tinggi Badan : 155 cm
7. Berat Badan : 49 kg
8. Kenaikan BB selama kehamilan : 5 kg
9. Masalah kehamilan sekarang : Tidak ada masalah dalam kehamilan
10. Alat kontrasepsi yang pernah dipakai : Tidak ada, karena persalinan kali ini merupakan persalinan pertama
 - a. Masalah yang pernah dialami selama penggunaan kontrasepsi: Tidak ada
 - b. Rencana penggunaan alat konrasepsi setelah kehamilan ini: Klien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi pil KB.
11. Pendidikan kesehatan yang ingin ibu dapatkan selama perawatan:
Klien mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai cara menurunkan nyeri pada ibu *post partum*.

F. DATA PSIKOSOSIAL UMUM

1. Perasaan ibu tentang bayinya (identifikasi fase taking in, taking hold, letting go):
Klien merasa senang ketika memegang dan mulai berinteraksi dengan bayinya.
2. Perasaan ibu terhadap rooming in (rawat gabung):
Klien merasa nyaman.
3. Respon sibling (respon anak sebelumnya dengan kelahiran saudaranya) terhadap kehamilan sekarang: Tidak ada

G. PEMERIKSAAN FISIK UMUM (Coret data yang tidak perlu)

1. Keadaan umum : Klien dengan kesadaran penuh. Klien tampak melakukan aktivitas secara mandiri.
2. Neurologis : E= 4 V= 5 M= 6
3. Kesadaran : Composmentis
4. Kepala dan Leher :
 - a. Bagian kepala atas
 - ✓ Hematom/post trauma : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Tipe rambut : Lurus
 - ✓ Distribusi rambut : Merata
 - ✓ Warna rambut : Hitam

- ✓ Alopesia (kebotakan) : ~~Ada~~/tidak
- b. Mata
 - ✓ Pupil isokor (diameter kedua pupil sama) : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Reflek cahaya (normal jika pupil miosis/mengecil): (+/+) / (-/-)
 - ✓ Sklera ikterik (kekuningan) : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Conjunctiva anemis (pucat) : (+/+) / (-/-)
- c. Telinga
 - ✓ Cerumen : ~~Ada~~/tidak . Jika ada, jelaskan: karakteristiknya -
 - ✓ Terpasang alat bantu dengar : ~~Ya~~/tidak. Jika ya, terpasang di telinga: ~~dextra/sinistra~~.
- d. Malar / Pipi
 - ✓ Chloasma gravidarum (bercak-bercak khas di pipi pada wanita hamil): ~~Ada~~/tidak.
 - ✓ Acne (jerawat) : ~~Ada~~/tidak. Jika ada, jelaskan keadaannya -
- e. Hidung :
 - ✓ Nafas cuping hidung : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Pilek : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Terpasang alat bantu nafas : ~~ya~~ / tidak. Jika ya, maka: -
 - ✓ Tipe: - ukuran pemberian : - L/menit
- f. Bibir dan Mulut
 - ✓ Sianosis : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Sariawan : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Gigi palsu : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Mukosa bibir : lembab/~~kering~~
 - ✓ Gangguan gigi dan gusi : ~~Ada~~/tidak. Jika ada, jelaskan keadaannya -
- g. Leher
 - ✓ Pembesaran kelenjar tiroid (gondok) : ~~Ada~~/tidak.
 - ✓ Limfonodi (kelenjar limfe) : ~~Teraba~~/tidak
 - ✓ Nadi karotis : Teraba/~~tidak~~
- 5. Thorak
 - a. Pre-kordium (lapisan luar dinding dada yang melindungi organ jantung)
 - ✓ Inspeksi
 - Ictus cordis terlihat di intercosta 4-5 : Ya/~~tidak~~
 - Luka parut (post operasi jantung) : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Palpasi
 - Ictus cordis teraba di intercosta 4-5 : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Perkusi
 - Redup (normal) : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Auskultasi
 - Bising jantung : ~~Ada~~/tidak
 - Bunyi S1 (lup) dan S2 (dup) : ~~Ada~~/tidak, reguler/~~irreguler~~
 - b. Pulmonal
 - ✓ Inspeksi

- Retraksi (normalnya tidak ada) : ~~Ya~~/tidak
- Simetris kanan dan kiri : ~~Ya~~/tidak
- Ekspansi dada kanan dan kiri sama : ~~Ya~~/tidak
- ✓ Palpasi
 - Krepitasi (suara retakan tulang) : ~~Ya~~/tidak
 - Vocal fremitus kanan kiri sama : ~~Ya~~/tidak
- ✓ Perkusi
 - Sonor (normal) : ~~Ya~~/tidak
- ✓ Auskultasi
 - Wheezing/mengi : ~~Ya~~/tidak
 - Ronchi : ~~Ya~~/tidak
 - Vesikuler (normal) : ~~Ya~~/tidak
- c. Mamae
 - ✓ Inspeksi
 - Kemerahan di areola/badan mamae: ~~Ya~~/tidak
 - Pembengkakan payudara : ~~Ya~~/tidak
 - Simetris kanan dan kiri : ~~Ya~~/tidak
 - Kondisi puting : ~~inferted~~/menonjol
 - Kebersihan payudara : bersih/~~tidak~~
 - ✓ Palpasi
 - Nyeri : ~~Ya~~/tidak. Jika Ya, maka:
 - Hasil perabaan : hangat/~~panas~~
 - ASI keluar : ~~Ya~~/tidak
Lancar/~~tidak~~
 - Benjolan dalam mamae: ~~Ya~~/tidak. Jika Ya, maka jelaskan karakteristiknya: -
- 6. Abdomen
 - a. Inspeksi :
 - ✓ Datar/cembung : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Bekas operasi Sectio Caesaria : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Stretch mark (guratan pada abdomen wanita hamil) : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Linea nigra (garis memanjang dari pusar sampai simfisis pubis): ~~Ada~~/tidak
 - b. Auskultasi
 - ✓ Peristaltik : 20x/menit
 - c. Palpasi:
 - ✓ Massa : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Turgor kulit : Elastis/~~inelastis~~
 - ✓ Nyeri tekan di lapang abdomen : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ TFU (tinggi fundus uteri) : 2 jari di bawah pusat
 - ✓ Kontraksi uterus : Keras
 - ✓ Posisi rahim : Setinggi pusat
 - ✓ Kandung kemih : Kosong

- ✓ DRA (diastasis recti abdominis) : Lebar 2 jari
- d. Perkusi:
 - ✓ Timpani : Ada/~~tidak~~
- 7. Ekstremitas
 - a. Superior (atas):
 - ✓ Edema : ~~Ada~~ /tidak
 - ✓ Infus : Tidak terpasang infus
 - Terpasang : ~~Di lengan dextra/sinistra~~
 - Jenis infus : Tidak ada
 - Faktor tetesan : Tidak ada tetes/menit
 - Nyeri di area tusukan infus : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Nadi radialis (pergelangan tangan) : 80x/menit
 - ✓ Palmar (telapak tangan) : ~~Pucat~~/kemerahan
 - ✓ Kekuatan otot : Kuat/~~lemah~~, skor : 5 5 5 5
 - ✓ CRT (capillary refill time) < 3 detik : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Refleks fisiologis biseps/triseps : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Refleks patologis : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Deformitas (kelainan bentuk) : ~~Ada~~/tidak. Jika ada jelaskan karakteristiknya -
 - ✓ Fraktur : ~~Ada~~/tidak. Jika ada jelaskan keadaan umumnya -
 - b. Inferior (bawah):
 - ✓ Edema : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Akral (bagian kaki paling bawah) : Hangat/~~dingin~~
 - ✓ Kekuatan otot : Kuat/~~lemah~~
 - ✓ Refleks patela : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Refleks patologis : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Tanda Homan (Homan's sign)
- 8. Genitalia dan perineum
 - a. Jahitan di perineum : ada/~~tidak~~
Bila ada kaji:
 - Redness : Tampak kemerahan.
 - Echymosis : Tidak ada perdarahan.
 - Edema : Tidak ada pembengkakan.
 - Discharge : Tidak ada
 - Approximation : Tidak ada.
 - b. Kondisi genitalia : Bersih

H. LAPORAN BAYI BARU LAHIR

Keadaan umum bayi baru lahir :

- a. Berat badan : 2860 gram
- b. Panjang badan : 48,5 cm
- c. Lingkar kepala : 32 cm
- d. Lingkar dada : 31 cm

e. Lingkar lengan : 11 cm

I. DATA LABORATORIUM ABNORMAL

TANGGAL DAN JAM	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKSAAN	INTERPRETASI
-	-	-	-

J. TERAPI YANG DIBERIKAN

TANGGAL DAN JAM	JENIS TERAPI	RUTE TERAPI	DOSIS
12 Mei 2025	Cefadroxil	Oral	500 mg
	Paracetamol	Oral	500 mg
	Ketorolac	Oral	10 mg
	Selesnizol	Oral	500 mg
	Lynestrenol	Oral	0,5 mg

ANALISA DATA

NO	Tanggal dan jam pengkajian	DATA	
		Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
1.	12 Mei 2025 08.00WIB	DS: - Klien mengatakan nyeri pada jahitan perineum, terasa seperti perih ketika memulai aktivitas P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 7 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. - Klien mengatakan aktivitas sehari-hari menjadi menurun	DO: - Klien tampak lemas - Klien tampak meringis - Klien tampak berhati-hati ketika melakukan aktivitas - TD: 120/70 mmHg Nadi: 66x/menit espirasi: 20x/menit Suhu: 36,2°C

Prioritas Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

No	Tanggal & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intevensi keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	12 Mei 2025, 08:00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali kunjungan diharapkan Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) Kriteria hasil: 1. Skala nyeri menurun dari skala 7 ke 3 2. Keluhan nyeri menurun (2) ke (5) 3. Meringis menurun dari (2) ke (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi pengetahuan klien tentang mengatasi nyeri 3. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas tidur Terapeutik: 4. Berikan teknik nonfarmakol -ogis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresure, terapi musik, aromaterapi) Edukasi: 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri	1. Untuk data pemantauan klien 2. Mengetahui pengetahuan klien tentang mengatasi nyeri 3. Untuk mengetahui kebutuhan tidur klien 4. Untuk membantu klien mengatasi nyeri secara mandiri 5. Sebagai pemahaman tentang pendekatan yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri

FORMAT IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tanggal & jam	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Respon (DS & Do)	Paraf
1.	12 Mei 2025 08.00 – Selesai WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077)	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi pengetahuan klien tentang mengatasi nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas tidur - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) - Memberikan teknik nonfarmakologi	DS: Klien mengatakan masih merasa nyeri pada jahitan perineum P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien tampak lemas TD: 120/70 mmHg Nadi: 66x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,2°C DS:Klien mengatakan belum mengetahui cara mengurangi nyeri -Klien mengatakan hanya berpasrah diri kepada Allah DO: Klien kooperatif DS:Klien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur DO:Klien kooperatif DS: Klien mengatakan bersedia untuk dijelaskan strategi meredakan nyeri DO: Klien tampak kooperatif DS: Klien mengatakan belum mengetahui cara meredakan nyeri DO: Tidak ada pertanyaan dari klien DS:- DO: Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar	

			untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 7. Mengevaluasi kondisi klien setelah diberikan Terapi EFT	DS: Klien mengatakan nyeri berkurang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 4 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas -Klien mengatakan lebih rileks DO: Klien kooperatif	
2.	13 Mei 2025 08:00- Selesai	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 3. Mengevaluasi kondisi klien	DS: Klien masih mengeluh merasakan nyeri pada jahitan perineum P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 6 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien masih tampak meringis -Klien tampak lemas TD: 120/80 mmHg Nadi: 68x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,5°C DS: Klien mengatakan bersedia untuk diberikan Terapi EFT DO: Klien tampak mengikuti ajaran Terapi EFT dengan benar DS: Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada perineum	

				-Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT, klien merasa tenang P: Nyeri pada jahitan perineum	
3.	14 Mei 2025 08:00- Selesai	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 3. Mengevaluasi kondisi klien	DS: Klien mengatakan nyeri pada perineum menurun P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien tampak lebih segar TD: 100/60 mmHg Nadi: 72x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu: 36,6°C DS: Klien mengatakan bersedia untuk diberikan Terapi EFT DO: Klien mampu melakukan Terapi EFT DS: Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT, nyeri tetap pada skala 5 -Klien mengatakan merasa tenang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien kooperatif	
4.	15 Mei 2025 08:00- Selesai	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS: Klien mengatakan nyeri berkurang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum	

		perineum skala 7 (D.0077)	2. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 3. Mengevaluasi kondisi klien	S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien tampak rileks TD: 120/80 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,6°C DS: Klien mengatakan bersedia untuk diberikan Terapi EFT DO: Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar DS: Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT, skala nyeri menurun menjadi 4 -Klien mengatakan merasa tenang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 4 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien kooperatif	
5.	16 Mei 2025 08:00- Selesai	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS: Klien mengatakan nyeri pada perineum menurun P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 4 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien tampak lebih segar TD: 110/60 mmHg Nadi: 70x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,5°C	

			2. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 3. Mengevaluasi kondisi klien	DS: Klien mengatakan bersedia untuk diberikan Terapi EFT DO: Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar DS: Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT, skala nyeri menurun menjadi 3 -Klien mengatakan merasa tenang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 3 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas DO: Klien kooperatif	
--	--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Tanggal & Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (Subjective, Objective, Assessment/Analysis, Plan)	Paraf
1.	12 Mei 2025 10.00 wib	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	S: Klien mengeluhkan nyeri pada jahitan perineum P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 7 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas O: Klien tampak meringis - Klien tampak lemas - Klien belum mampu melakukan Terapi EFT secara benar dan mandiri TD: 120/70 mmHg Nadi: 66x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,2°C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi PQRST - Berikan terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri - Evaluasi kondisi klien setelah diberikan Terapi	
2.	13 Mei 2025 10.00 wib	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	S: Klien masih mengeluhkan nyeri pada jahitan perineum P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 6 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas O: Klien tampak meringis - Klien tampak lemas - Klien belum mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri TD: 120/80 mmHg Nadi: 68x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,5°C	

			A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi PQRST - Berikan terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri - Evaluasi kondisi klien setelah diberikan Terapi	
3.	14 Mei 2025 10.00 wib	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	S: Klien mengatakan nyeri pada jahitan perineum menurun P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas O: Klien kooperatif - Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar TD: 100/60 mmHg Nadi: 72x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu: 36,6°C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi PQRST - Berikan terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri - Evaluasi kondisi klien setelah diberikan Terapi	
4.	15 Mei 2025 10.00 wib	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	S: Klien mengatakan nyeri berkurang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas - Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT merasa rileks O: Klien kooperatif - Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar TD: 120/80 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,6°C A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi P: Pertahankan intervensi - Identifikasi PQRST	

			- Berikan terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri - Evaluasi kondisi klien setelah diberikan Terapi	
5.	16 Mei 2025 10.00 wib	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik, d.d Klien mengeluh nyeri pada bagian perineum skala 7 (D.0077)	S: Klien mengatakan nyeri pada jahitan perineum menurun P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 4 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas - Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT merasa tenangs O: Klien kooperatif - Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar TD: 110/60 mmHg Nadi: 70x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,5°C A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi manajemen nyeri	

lampiran 6. Asuhan Keperawatan Klien Kedua

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN MATERNITAS
(POST PARTUM)**

Nama Mahasiswa : Nasywa Riyana
Semester/Tingkat : 6/3
Tempat Praktek : Desa Ngersap
Tanggal Pengkajian : 12 Mei 2025
Sumber Data : Pasien
Metode Pengumpulan Data : Wawancara

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama inisial klien : Ny. L
2. Umur : 26 Tahun
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Alamat : Desa Ngersap, Kec.Candimulyo, Kab.Magelang
5. Pendidikan : SMA
6. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
7. Agama : Islam
8. Tanggal masuk RS : - Jam: -
9. Nomor Rekam Medis : -
10. Diagnosa Medis: Post partum spontan H+2

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

1. Nama : Tn. A
2. Umur : 27 Tahun
3. Alamat : Desa Ngersap, Kec.Candimulyo, Kab.Magelang
4. Pekerjaan : Wiraswasta
5. Hubungan dengan pasien : Suami

C. DATA KESEHATAN UMUM

1. Keluhan Utama Klien : Klien mengatakan merasa nyeri pada jahitan perineum, terasa seperti perih, skala 8. Klien juga mengatakan aktivitas menjadi menurun. Klien mengatakan kurang tidur karena anaknya menangis.
2. Alasan datang ke RS : -
3. Konsumsi obat-obatan/jamu-jamuan : klien tidak minum jamu-jamuan
4. Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi obat, makanan dan lain-lain

5. Diet Khusus : Klien mengatakan tidak ada diet khusus
6. Penyakit bawaan: Ada/tidak. Jika ada, sebutkan -
7. Menggunakan alat bantu : Klien tidak menggunakan alat bantu

D. PENGKAJIAN 13 DOMAIN NANDA

1. HEALTH PROMOTION (sampaikan data terkait masalah defisit pengetahuan, kesiapan peningkatan pengetahuan):
Klien dalam mengontrol kesehatan berobat ke puskesmas atau klinik terdekat.
Klien mengatakan paham akan proses persalinan.
2. NUTRITION (sampaikan data terkait kemungkinan adanya masalah nutrisi baik pada ibu maupun bayi, proses laktasi, keseimbangan cairan elektrolit):
Klien tidak ada masalah nutrisi. Klien dalam masa laktasi, ASI sudah keluar dan bayi menyusu dengan baik. Nafsu makan baik, konsumsi makan 3x/hari dengan 1 porsi. BB 55 kg, tinggi 157 cm, IMT klien adalah 22,31. Klien tidak mengalami mual muntah.
3. ELIMINATION (Meliputi frekuensi BAK/BAB , jelaskan karakteristik BAB dan BAK tersebut, ada mual dan muntah tidak):
Klien BAK 5 kali dalam sehari, bau has urine, berwarna kuning. BAB 1 kali sehari. Klien tidak mengalami konstipasi, integritas kulit klien normal, turgor kulit elastis, warna sawo matang, akral teraba hangat, dan suhu 36,5C.
4. ACTIVITY/REST(Meliputi jam tidur, adakah gangguan tidur; sampaikan terkait data pada masalah mobilitas fisik, intoleransi aktifitas, defisit perawatan diri, disorganisasi perilaku bayi):
Klien mengatakan jam tidur berkurang karena anaknya sering menangis Jam tidur klien dari jam 23:00 sampai 05:00 WIB. Aktivitas klien menjadi menurun.
5. PERCEPTION/COGNITION (Meliputi cara pandang klien tentang proses persalinan dan bayi yang dilahirkannya, apakah klien memiliki pemahaman yang cukup terkait proses persalinan):
Klien memiliki pengetahuan yang cukup mengenai proses persalinan.
6. SELF PERCEPTION (Meliputi apakah klien merasa cemas/takut tentang proses persalinan sekarang, apakah klien merasa senang dengan kelahiran bayinya sekarang):
Klien menyatakan merasa cemas akan proses persalinannya, karena persalinan pertamanya. Klien dan suami merasa senang atas kelahiran buah hati mereka.
7. ROLE RELATIONSHIP (Meliputi hubungan klien dengan perawat/bidan/dokter yang membantu persalinan, hubungan dengan suami/anggota keluarga lainnya,

orang yang mendukung dalam proses persalinan sekarang): dapat disampaikan data terkait masalah interaksi sosial, kesiapan menjadi orang proses pengasuhan, ketegangan peran pemberi asuhan, dll):

Hubungan klien dengan perawat serta bidan yang membantu persalinan terjalin dengan baik. Hubungan klien dengan suami, dan keluarga terjalin baik.

8. SEXUALITY (Meliputi karakteristik darah nifas klien, apakah klien akan menggunakan kontrasepsi setelah persalinan sekarang, apakah klien pernah mengalami masalah seksual; sampaikan data terkait masalah kesiapan persalinan, disfungsi seksual, risiko kehamilan tidak dikehendaki):

Darah nifas berwarna merah (lochia rubra), jumlah sedang. Klien mengganti pembalut sehari 4 kali. Klien belum pernah mengalami masalah dalam hubungan seksual sebelumnya. Klien mengatakan menggunakan pil KB.

9. COPING/STRESS TOLERANCE (Meliputi bagaimana cara klien mengatasi stressor dalam proses persalinan sekarang, jika bayi klien yang lahir meninggal atau mengalami gangguan maka apa tindakan klien, sampaikan data terkait masalah ansietas, berduka, coping tidak efektif, distress spiritual):

Klien mengatakan cara menangani stress dalam proses persalinannya adalah dengan membayangkan kebahagiaannya ketika anaknya sudah lahir.

10. LIFE PRINCIPLES (Meliputi apakah klien tetap menjalankan sholat/ibadah yang lain selama proses perawatan, apakah klien mengikuti kegiatan keagamaan sebelum masuk perawatan, apa prinsip hidup yang dimiliki klien):

Komunikasi klien dengan tetangga baik. Klien tidak menjalankan ibadah karena dalam masa nifas.

11. SAFETY/PROTECTION (Meliputi apakah klien menggunakan alat bantu jalan, apakah pengaman di samping tempat tidur berfungsi dengan baik, dan terkait adakah masalah gangguan integritas, hipertermia/hipo, risiko cedera, risiko infeksi yang mungkin dialami klien atau bayinya):

Klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri namun tidak sepenuhnya dan tidak memerlukan alat bantu.

12. COMFORT (Meliputi apakah klien merasa nyaman dengan proses persalinan sekarang, bagaimana penampilan psikologis klien: sampaikan DS dan DO terkait rasa nyaman, nyeri yang dirasakan= PQRS, data obyektif):

Klien mengatakan merasa nyeri skala 8 dan merasa tidak nyaman dibagian perineum. Klien mengatakan lemas. Klien menyangkal pusing kepala. *Provocade*: Nyeri pada jahitan perineum, *Quality*: Perih, *Regio*: Di daerah perineum, *Skala*: 8, *Time*: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas..

13. GROWTH/DEVELOPMENT (Meliputi berapakah kenaikan berat badan klien selama kehamilan sekarang, sampaikan data terkait masalah gangguan atau risiko tumbuh kembang):

Klien mengatakan kenaikan berat badan selama kehamilan ± 4 kg.

E. DATA UMUM MATERNITAS

1. Apakah kehamilan ini direncanakan : Ya/~~tidak~~
2. Nifas hari ke : 2
3. Menikah : 1 kali
4. Status Obstetri : P(para) 1 A(abortus) 0
5. Anak sebelumnya : -
6. Tinggi Badan : 157 cm
7. Berat Badan : 55 kg
8. Kenaikan BB selama kehamilan : 4 kg
9. Masalah kehamilan sekarang : Tidak ada masalah dalam kehamilan
10. Alat kontrasepsi yang pernah dipakai : Tidak ada
11. Masalah yang pernah dialami selama penggunaan kontrasepsi: Tidak ada
12. Rencana penggunaan alat kontrasepsi setelah kehamilan ini:
Klien menggunakan pil KB sebagai alat kontrasepsi setelah kehamilan ini.
13. Pendidikan kesehatan yang ingin ibu dapatkan selama perawatan:
Cara menurunkan nyeri perineum pada ibu post partum.

F. DATA PSIKOSOSIAL UMUM

1. Perasaan ibu tentang bayinya (identifikasi fase taking in, taking hold, letting go):
Klien mengatakan merasa senang ketika memegang dan mulai berinteraksi dengan bayinya.
2. Perasaan ibu terhadap rooming in (rawat gabung):
Klien mengatakan merasa nyaman.
3. Respon sibling (respon anak sebelumnya dengan kelahiran saudaranya) terhadap kehamilan sekarang: Tidak ada, karena persalinan pertama.

G. PEMERIKSAAN FISIK UMUM (Coret data yang tidak perlu)

- a. Keadaan umum : Dalam kondisi stabil. Kesadaran composmentis. Aktivitas ibu sehari-hari terbatas. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD : 130/80 mmHg, Nadi : 70 x/menit, Respirasi: 21 x/menit, dan Suhu: 36,5 °C.
- b. Neurologis : E= 4 V= 5 M= 6
- c. Kesadaran : Composmentis/~~stupor/somnolens/semi koma/koma~~
- d. Kepala dan Leher :
 - a. Bagian kepala atas
 - ✓ Hematom/post trauma : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Tipe rambut : Lurus, pendek
 - ✓ Distribusi rambut : Merata
 - ✓ Warna rambut : Hitam

- ✓ Alopesia (kebotakan) : ~~Ada~~/tidak
- b. Mata
 - ✓ Pupil isokor (diameter kedua pupil sama) : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Reflek cahaya (normal jika pupil miosis/mengecil): (+/+) / (-/-)
 - ✓ Sklera ikterik (kekuningan) : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Conjunctiva anemis (pucat) : (+/+) / (-/-)
- c. Telinga
 - ✓ Cerumen : ~~Ada~~/tidak . Jika ada, jelaskan: karakteristiknya -
 - ✓ Terpasang alat bantu dengar : ~~Ya~~/tidak. Jika ya, terpasang di telinga: ~~dextra/sinistra~~.
- d. Malar / Pipi
 - ✓ Chloasma gravidarum (bercak-bercak khas di pipi pada wanita hamil): ~~Ada~~/tidak.
 - ✓ Acne (jerawat) : ~~Ada~~/tidak. Jika ada, jelaskan keadaannya -
- e. Hidung :
 - ✓ Nafas cuping hidung : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Pilek : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Terpasang alat bantu nafas : ~~ya~~ / tidak. Jika ya, maka: -
 - ✓ Tipe: - ukuran pemberian : - L/menit
- f. Bibir dan Mulut
 - ✓ Sianosis : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Sariawan : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Gigi palsu : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Mukosa bibir : lembab/~~kering~~
 - ✓ Gangguan gigi dan gusi : ~~Ada~~/tidak. Jika ada, jelaskan keadaannya -
- g. Leher
 - ✓ Pembesaran kelenjar tiroid (gondok) : ~~Ada~~/tidak.
 - ✓ Limfonodi (kelenjar limfe) : ~~Teraba~~/tidak
 - ✓ Nadi karotis : ~~Teraba~~/tidak
- e. Thorak
 - d. Pre-kordium (lapisan luar dinding dada yang melindungi organ jantung)
 - ✓ Inspeksi
 - Ictus cordis terlihat di intercosta 4-5 : Ya/~~tidak~~
 - Luka parut (post operasi jantung) : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Palpasi
 - Ictus cordis teraba di intercosta 4-5 : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Perkusi
 - Redup (normal) : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Auskultasi
 - Bising jantung : ~~Ada~~/tidak
 - Bunyi S1 (lup) dan S2 (dup) : ~~Ada~~/tidak, reguler/~~irreguler~~
 - e. Pulmonal
 - ✓ Inspeksi

- Retraksi (normalnya tidak ada) : ~~Ya~~/tidak
- Simetris kanan dan kiri : ~~Ya~~/tidak
- Ekspansi dada kanan dan kiri sama : ~~Ya~~/tidak
- ✓ Palpasi
 - Krepitasi (suara retakan tulang) : ~~Ya~~/tidak
 - Vocal fremitus kanan kiri sama : ~~Ya~~/tidak
- ✓ Perkusi
 - Sonor (normal) : ~~Ya~~/tidak
- ✓ Auskultasi
 - Wheezing/mengi : ~~Ya~~/tidak
 - Ronchi : ~~Ya~~/tidak
 - Vesikuler (normal) : ~~Ya~~/tidak
- f. Mamae
 - ✓ Inspeksi
 - Kemerahan di areola/badan mamae: ~~Ya~~/tidak
 - Pembengkakan payudara : ~~Ya~~/tidak
 - Simetris kanan dan kiri : ~~Ya~~/tidak
 - Kondisi puting : ~~inferted~~/menonjol
 - Kebersihan payudara : bersih/~~tidak~~
 - ✓ Palpasi
 - Nyeri : ~~Ya~~/tidak. Jika Ya, maka:
 - Hasil perabaan : hangat/~~panas~~
 - ASI keluar : ~~Ya~~/tidak
Lancar/~~tidak~~
 - Benjolan dalam mamae: ~~Ya~~/tidak. Jika Ya, maka jelaskan karakteristiknya: -
- f. Abdomen
 - e. Inspeksi :
 - ✓ Datar/cembung : ~~Ya~~/tidak
 - ✓ Bekas operasi Sectio Caesaria : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Stretch mark (guratan pada abdomen wanita hamil) : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Linea nigra (garis memanjang dari pusar sampai simfisis pubis): ~~Ada~~/tidak
 - f. Auskultasi
 - ✓ Peristaltik : 15x/menit
 - g. Palpasi:
 - ✓ Massa : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Turgor kulit : Elastis/~~inelastis~~
 - ✓ Nyeri tekan di lapang abdomen : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ TFU (tinggi fundus uteri) : 2 jari dibawah pusat
 - ✓ Kontraksi uterus : Keras
 - ✓ Posisi rahim : 2 jari dibawah pusat
 - ✓ Kandung kemih : Kosong

- ✓ DRA (diastatis recti abdominis) : Lebar 2 jari
- h. Perkusi:
 - ✓ Timpani : Ada/~~tidak~~
- g. Ekstremitas
 - a. Superior (atas):
 - ✓ Edema : ~~Ada~~ /tidak
 - ✓ Infus : Tidak terpasang infus
 - Terpasang : ~~Di lengan dextra/sinistra~~
 - Jenis infus : Tidak ada
 - Faktor tetesan : Tidak ada tetes/menit
 - Nyeri di area tusukan infus : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Nadi radialis (pergelangan tangan) : 90x/menit
 - ✓ Palmar (telapak tangan) : ~~Pucat~~/kemerahan
 - ✓ Kekuatan otot : Kuat/~~lemah~~, skor : 5 5 5 5
 - ✓ CRT (capillary refill time) < 3 detik : Ya/~~tidak~~
 - ✓ Refleks fisiologis biseps/triseps : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Refleks patologis : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Deformitas (kelainan bentuk) : ~~Ada~~/tidak. Jika ada jelaskan karakteristiknya -
 - ✓ Fraktur : ~~Ada~~/tidak. Jika ada jelaskan keadaan umumnya -
 - b. Inferior (bawah):
 - ✓ Edema : ~~Ada~~/tidak
 - ✓ Akral (bagian kaki paling bawah) : Hangat/~~dingin~~
 - ✓ Kekuatan otot : Kuat/~~lemah~~
 - ✓ Refleks patela : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Refleks patologis : (+/+) / (~~-/-~~)
 - ✓ Tanda Homan (Homan's sign)
- h. Genitalia dan perineum
 - a. Jahitan di perineum : ada/~~tidak~~
Bila ada kaji:
 - Redness : Ada kemerahan
 - Echymosis : Tidak ada perdarahan
 - Edema : Tidak ada pembengkakan
 - Discharge : Tidak ada rembesan atau cairan dari luka.
 - Approximation : Tepi luka menutup rapat, tidak tampak perlekatan.
 - b. Kondisi genitalia : Bersih

H. LAPORAN BAYI BARU LAHIR

Keadaan umum bayi baru lahir :

- a. Berat badan : 3450 gram
- b. Panjang badan : 51 cm
- c. Lingkar kepala : 31 cm
- d. Lingkar dada : 32 cm

e. Lingkar lengan : 12 cm

I. DATA LABORATORIUM ABNORMAL

TANGGAL DAN JAM	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKSAAN	INTERPRETASI
-	-	-	-

J. TERAPI YANG DIBERIKAN

TANGGAL DAN JAM	JENIS TERAPI	RUTE TERAPI	DOSIS
12 Mei 2025	Cefadroxil	Oral	500 mg
	Paracetamol	Oral	500 mg
	Ketorolac	Oral	10 mg
	Salesnizol	Oral	500 mg
	Lynestrenol	Oral	0,5 mg

ANALISA DATA

NO	Tanggal dan jam pengkajian	DATA	
		Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
1.	12 Mei 2025 08.00WIB	DS: - Klien mengatakan nyeri pada jahitan perineum, terasa seperti perih ketika memulai aktivitas - P: Nyeri pada jahitan perineum - Q: Perih - R: Di daerah perineum - S: 8 - T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas. - Klien mengatakan kesulitan tidur karena anaknya sering menangis.	DO: - Klien tampak lemas - Klien tampak meringis - Klien tampak berhati-hati ketika melakukan aktivitas - TD: 130/80 mmHg - Nadi: 70x/menit - espirasi: 21x/menit - Suhu: 36,5°C

Prioritas Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077).

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

No	Tanggal & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intevensi keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	12 Mei 2025, 08:00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali kunjungan diharapkan Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) Kriteria hasil: 1. Skala nyeri menurun dari skala 7 ke 3 2. Keluhan nyeri menurun (2) ke (5) 3. Meringis menurun dari (2) ke (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi pengetahuan klien tentang mengatasi nyeri 3. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas tidur Terapeutik: 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis:TENS, hypnosis, akupresure, terapi musik, aromaterapi) Edukasi:	1. Untuk data pemantauan klien 2. Mengetahui pengetahuan klien tentang mengatasi nyeri 3. Untuk mengetahui kebutuhan tidur klien 4. Untuk membantu klien mengatasi nyeri secara mandiri 5. Sebagai pemahaman tentang

				5. Jelaskan strategi meredakan nyeri	pendekatan yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri
--	--	--	--	--------------------------------------	--

FORMAT IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tanggal & jam	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Respon (DS & Do)	Paraf
1.	16 Mei 2025 08.00 – Selesai WIB	Nyeri Aut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077)	1.Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.Mengidentifikasi pengetahuan klien tentang mengatasi nyeri 3.Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas tidur	DS: Klien mengatakan masih merasa nyeri pada jahitan perineum P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 5 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas -Klien mengatakan sudah tidak mengalami gangguan tidur DO: Klien tampak lemas TD: 120/80 mmHg Nadi: 68x/menit Respirasi:20x/menit Suhu: 36,2°C DS:Klien mengatakan belum mengetahui cara mengatasi nyeri DO:Klien kooperatif DS:Klien mengatakan jam tidur 21:00-05:00 -Klien sudah tidak mengalami gangguan tidur	

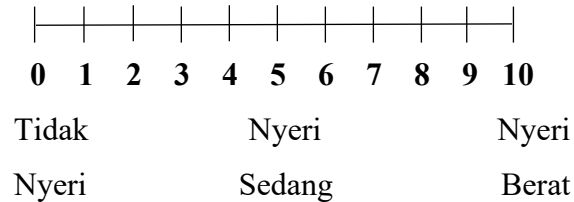
			4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 6. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT) 7. Mengevaluasi kondisi klien setelah diberikan Terapi EFT	DO: Klien kooperatif DS: Klien mengatakan belum mengetahui cara meredakan nyeri DO: Tidak ada pertanyaan dari klien DS: Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan Terapi EFT DO: Klien tampak kooperatif DS:- DO: Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar DS: Klien mengatakan nyeri berkurang P: Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 4 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas -Klien mengatakan lebih rileks DO: Klien kooperatif	
--	--	--	---	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Tanggal & Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (Subjective, Objective, Assessment/Analysis, Plan)	Paraf
1.	16 Mei 2025 10.00 wib	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (jahitan perineum), d.d Klien mengatakan nyeri pada bagian perineum skala 8 (D.0077)	S: Klien mengatakan setelah diberikan Terapi EFT, klien merasa lebih rileks : Nyeri pada jahitan perineum Q: Perih R: Di daerah perineum S: 4 T: Hilang timbul, saat melakukan aktivitas O: Klien tampak lebih rileks -Klien kooperatif -Klien mampu melakukan Terapi EFT secara mandiri dan benar TD: 120/80 mmHg Nadi: 68x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,2°C A: Masalah nyeri akut teratasi P : Pertahankan intervensi, ketika klien merasakan nyeri - Berikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (Terapi EFT)	

Lampiran 7. Lembar Observasi Numeric Rating Scale (NRS)

Kriteria objektif :



Gambar 2.3 Penilaian Intensitas Nyeri

Sumber: Latifah & Ramawati, (2018)

Keterangan:

0 : tidak ada keluhan nyeri.

1-3 : ada rasa nyeri, mulai terasa, tetapi masih dapat ditahan.

4-6 : ada rasa nyeri, terasa mengganggu, dan dengan melakukan usaha yang cukup kuat untuk menahannya.

7-10 : ada rasa nyeri, terasa sangat mengganggu/ tidak tertahankan, sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.

1 dari 2

Date: No.

Nama: Ny. D Pekerjaan: IRT

Umur: 22 tahun Pendidikan: PAo

Jenis Kelamin: Perempuan

Perawatan: IRT / Sedang

Pasien	Hari ke-	Tindakan Terapi	Skala sebelum	Skala setelah
Responden (Ny. D)	1	EFT Pertama	7	7
	2	EFT Kedua	6	6
	3	EFT Ketiga	5	5
	4	EFT Keempat	5	4
	5	EFT Kelima	4	3

Date: No.

Nama: Ny. L Pendidikan Terakhir: SMA

Umur: 26 tahun Pendidikan: PAo

Jenis Kelamin: Perempuan skala nyeri pengkajian: skala 8.

Pekerjaan: IRT

Pasien	Hari ke-	Tindakan Terapi	Skala sebelum	Skala setelah
Responden II (Ny. L)	5	EFT Pertama	5	4

lampiran 8. Dokumentasi

