APLIKASI KOMPRES DINGIN PADA Ny.N DAN Ny.A DENGAN NYERI AKUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai

Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan

Disusun Oleh :

Rizkiyanna Anggreani

NPM : 17.0601.0064

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2020

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI KOMPRES DINGIN PADA Ny.N DAN Ny.A DENGAN NYERI AKUT

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Karya tulis ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 16 Juni 2020

Pembimbing I

Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

NIK : 207608163

Pembimbing II

Ns. Rohmayanti, M.Kep

NIK : 058006016

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan Oleh :

Nama	: Rizkiyanna Anggreani
NPM	: 17.0601.0064
Program Studi	: Program Studi D3 Keperawatan
Judul	: Aplikasi Kompres Dingin Pada Ny.N Dan Ny.A Dengan Nyeri Akut

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

TIM PENGUJI :

Penguji I : Dr. Heni Setyowati ER, S.Kp., M.Kes (.....)
NIK. 937008062

Penguji II : Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep (.....)
NIK. 207608163

Penguji III : Ns. Rohmayanti, M.Kep (.....)
NIK. 05800601

Ditetapkan di : Magelang
Tanggal : 16 Juni 2020

Mengetahui,

Dekan,

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

Universitas Muhammadiyah Magelang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayahnya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah denga judul **"Aplikasi Kompres Dingin Pada Ny.N Dan Ny.A Dengan Nyeri Akut ".** Penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis banyak mengalami berbagai kesulitan. Namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka terselesaikannya laporan ini. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Puguh Widiyanto, S. Kp, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep selaku wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep selaku pembimbing satu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Rohmayanti, M.Kep selaku pembimbing dua dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Semua Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis.
7. Karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Kedua orang tua saya, yang selalu memberikan dukungan doa, motivasi dan materil serta kasih sayang kepada penulis tanpa mengenal lelah hingga selesai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

9. Teman- teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, angkatan 2017 yang telah membantu dan memberikan dukungan kritik dan saran, serta semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal bapak/ibu/saudara/saudari yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindungan-Nya.

Magelang, 16 Juni 2020

Rizkiyanna Anggreani

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **ii**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **iii**
KATA PENGANTAR ..... **iv**
DAFTAR ISI ..... **vi**
DAFTAR TABEL ..... **viii**
DAFTAR GAMBAR ..... **ix**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **x**
BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah 4
1.4 Manfaat 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **6**
2.1 Konsep Post Partum 6
2.2 Konsep Laserasi Perineum 11
2.3 Penilaian Skala REEDA 14
2.4 Komplikasi Post Partum 15
2.5 Penatalaksanaan Nyeri Perineum 16
2.6 Konsep Nyeri 17
2.7 Instrumen penilaian tingkat nyeri menurut (Mander, 2003) : 19
2.8 Kompres Dingin 21
2.9 Metode Kompres dingin 23
2.10 Standar Operasional Prosedur Kompres Dingin 23
2.11 Konsep Dasar Keperawatan 24
2.12 Diagnosa keperawatan 26
2.13 Intervensi Keperawatan 26
2.14 Implementasi keperawatan 29
2.15 Evaluasi keperawatan 29

2.16 Pathway 30
BAB 3 METODE STUDI KASUS 31
3.1 Jenis Studi Kasus 31
3.2 Subyek Studi Kasus 31
3.3 Fokus Studi 31
3.4 Definisi Operasional Studi Kasus 32
3.5 Instrumen Studi Kasus 33
3.6 Metode Pengumpulan Data 33
3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus 34
3.8 Analisis Data dan Penyajian Data 34
3.9 Etika Studi Kasus 36
BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN 38
4.1 Hasil Studi Kasus Responden 1 Ny.N 38
4.2 Pembahasan 54
4.3 Keterbatasan 63
BAB 5 PENUTUP 64
5.1 Kesimpulan 64
5.2 Saran 64
DAFTAR PUSTAKA 66
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Penyembuhan Luka REEDA 14

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Genetalia Eksterna..... 12
Gambar 2.2 Laserasi Perineum 12
Gambar 2.3 Skala Nyeri Numerik..... 19
Gambar 2.4 Skala Nyeri Mcgill 20
Gambar 2.5 Skala Nyeri VAS..... 20
Gambar 2.6 Ice Pack 22
Gambar 2.7 Pathway Post Partum..... 30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent Responden 1 Ny.N 69
Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur Kompres Dingin 71
Lampiran 3. Kuesioner Intensitas Nyeri NRS 73
Lampiran 4. Berkas Karya Tulis Ilmiah 79
Lampiran 5. Asuhan keperawatan 89
Lampiran 6. Dokumentasi 139

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan suatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita. Proses persalinan memiliki arti yang berbeda disetiap wanita, persalinan merupakan suatu proses terjadinya pengeluaran bayi yang cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu, masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Setelah kejadian yang dialami oleh ibu post partum mengalami masalah seperti merasakan laserasi perineum (Mitayani, 2010).

Laserasi perineum adalah luka di daerah otot tertutup oleh kulit antara vagina dan anus. Saat melahirkan normal, laserasi dapat disebabkan oleh pengeluaran mendadak kepala yang cepat, ekstraksi bokong, ukuran bayi baru lahir yang berlebihan <4000 gram (Marmi, 2012).

Menurut (WHO) menyebutkan bahwa hampir 90% proses persalinan normal mengalami luka robekan perineum. Luka robekan perineum juga merupakan masalah yang cukup banyak terjadi di masyarakat, 50% dari kejadian ruptur perineum di dunia terjadi di Asia. Ibu bersalin yang mengalami luka perineum di Indonesia pada ibu dengan usia 25-30 tahun yaitu 24% sedangkan pada ibu bersalin dengan usia 31-39 tahun sebesar 62% (WHO, 2015).

Di Magelang pada bulan Januari–Maret 2015 dari 167 ibu post partum, rata-rata jumlah kelahiran perbulan adalah 50 ibu nifas. Dari 50 ibu nifas, sejumlah 35 (70%) ibu mengalami laserasi perineum. Dari jumlah total ibu post partum 80% mengalami rasa sakit akibat robekan perineum (Penelitian et al., 2015).

Hasil penelitian dari (Penelitian et al., 2015) pada tahun 2015 dengan judul "Efektivitas Kompres Hangat Dan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Laserasi Nyeri Perineum Pada Primipara di Magelang 2015". Penelitian ini merupakan eksperimental kuasai digunakan untuk mencari sebab dan akibat hubungan. Dengan metode penelitian menggunakan dua kelompok *pretest dan posttest design* subyek yang berpartisipasi dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok intervensi yaitu dengan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 18 responden untuk intervensi kompres hangat dan 18 responden untuk intervensi kompres dingin didapatkan hasil bahwa kompres dingin lebih efektif dalam mengurangi intensitas nyeri luka perineum dengan hasil rata rata 0,44 lebih besar dari rata-rata 0,34 kompres hangat.

Dampak yang ditimbulkan oleh laserasi perineum menyebabkan berbagai efek tidak menyenangkan seperti kesakitan atau nyeri, resiko infeksi, dan rasa takut untuk bergerak yang dapat mengakibatkan masalah seperti sub involusi uterus, pengeluaran lochea tidak lancar, dan pendarahan pasca partum. Masalah lain yang dapat terjadi pada ibu nifas yang mengalami luka perineum adalah rentan terhadap terjadinya resiko infeksi, karena perineum merupakan daerah yang tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering (Susilawati&Ilda, 2019). Nyeri perineum merupakan nyeri yang dirasakan oleh ibu post partum pada bagian perineum disebabkan oleh luka jahitan pada waktu melahirkan karena adanya jaringan yang terputus. Respon nyeri pada setiap individu adalah unik dan relatif berbeda. Hal ini dipengaruhi antara lain oleh pengalaman, persepsi, maupun sosial kultural individu (Putri, 2016).

Peran perawat dalam mengatasi laserasi perineum menggunakan metode farmakologis untuk mengurangi nyeri post partum dan menyediakan obat analgesik untuk mengatasi nyeri akibat laserasi perineum, akan tetapi masalah laserasi perineum yang sakit akibat nyeri di perineum tidak dapat diselesaikan secara optimal. Oleh karena itu, harus ada langkah lain untuk mengurangi rasa sakit.

Penanganan yang dapat dilakukan dengan menggunakan metode non-farmakologis diantaranya dengan menggunakan relaksasi, distraksi, musik, hipnosis, massage, dan aplikasi kompres dingin. Kompres dingin tidak memiliki efek samping, sederhana, dan nyaman untuk ibu akibat luka laserasi perineum yang sangat mengganggu bagi ibu (Penelitian et al., 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hidayat, 2009) tahun 2016 dengan judul "Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Tingkat Nyeri Luka Perineum Pada Ibu Nifas". Aplikasi kompres dingin terbukti dapat digunakan untuk meredakan nyeri dan mempercepat penyembuhan luka. Sebelum dilakukan kompres dingin 50% ibu mengalami nyeri berat dan 50% mengalami nyeri ringan dan setelah diberikan kompres dingin adalah 90% nyeri ringan dan 10% nyeri sedang. Pada penurunan nyeri didapatkan hasil tingkat penurunan nyeri dengan terapi air es (P>0,05) hal ini menunjukan bahwa kompres dingin lebih efektif dalam mengurangi nyeri.

Uji skala intensitas yang dilakukan di Magelang dengan 36 responden mendapatkan data rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan kompres dingin adalah 2,72 dan setelah dilakukan kompres dingin mengalami penurunan dengan hasil 2,38. Perbedaan antara sebelum dan setelah diberi terapi kompres dingin dari 0,34 dengan p=0,014 hal itu menunjukan bahwa ada perbedaan intensitas nyeri sebelum dan setelah diberikan kompres dingin (Penelitian et al., 2015).

Bukti tersebut diperkuat oleh penelitian Susilawati (2019) dengan judul "Efektifitas Kompres Hangat dan Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Luka Perineum Pada Ibu Post Partum" bahwa kompres dingin menimbulkan efek analgetik dan menyebabkan dampak fisiologis vasokontriksi pada pembuluh darah dan dapat menurunkan aktivitas ujung saraf pada otot sehingga memperlambat hantaran saraf yang mengakibatkan implus nyeri yang akan mencapai otak lebih sedikit.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus dengan intervensi kompres dingin terhadap nyeri luka perineum ibu post

partum karena selain mudah dan dapat dilakukan dirumah secara mandiri kompres dingin juga praktis dan ekonomis untuk mengurangi skala nyeri yang dirasakan oleh ibu post partum.

1.2 Rumusan Masalah

Laserasi perineum mengakibatkan dampak yang tidak menyenangkan seperti rasa sakit atau nyeri, resiko infeksi, rasa takut untuk bergerak, yang dapat mengakibatkan masalah seperti sub involusi uterus, pengeluaran lochea tidak lancar, dan pendarahan pasca partum. Upaya untuk mengurangi rasa sakit robekan perineum dapat dilakukan dengan terapi non-farmakologis yaitu dengan kompres dingin. Rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimanakah pemberian terapi kompes dingin dapat mengurangi nyeri luka perineum pada ibu post partum?

1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah mampu memberikan gambaran asuhan keperawatan dengan aplikasi kompres dingin pada ibu post partum untuk mengurangi nyeri akut pada luka perineum.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mampu memberikan gambaran pengkajian pada ibu post partum dengan nyeri akut luka perineum menggunakan 13 domain NANDA.

1.3.2.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu post partum dengan masalah nyeri akut pada luka perineum ibu post partum.

1.3.2.3 Mampu merumuskan intervensi keperawatan pada ibu dengan masalah nyeri akut luka pada perineum.

1.3.2.4 Mampu memberikan gambaran implementasi penerapan kompres dingin pada ibu post partum dengan masalah nyeri akut pada luka perineum.

1.3.2.5 Mampu mengevaluasi tindakan mengenai aplikasi kompres air dingin yang telah disusun.

1.4 Manfaat

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

1.4.1 Masyarakat

Mengenalkan cara penanganan nyeri luka perineum pada ibu post partum dengan menggunakan kompres dingin.

1.4.2 Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Keperawatan.

Menambah keluasan ilmu dan teknologi teraapan di bidang keperawatan dalam penanganan nyeri luka perineum pada ibu post partum menggunakan metode non-farmakologi.

1.4.3 Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang pelaksanaan kompres dingin terhadap penurunan nyeri luka pada ibu post partum.

1.4.4 Institusi Pendidikan

Melakukan evaluasi sejauh mana mahasiswa dalam menerapkan aplikasi kompres dingin untuk mengurangi nyeri pada ibu post partum dengan luka perineum.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi Post partum

Post Partum atau *puerperium* yang artinya *puer*' yang artinya bayi dan *parous'* yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai saat plasenta lahir dan berakhir saat kandungan kembali ke bentuk semula (Anggraini, 2010). Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat–alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Marmi, 2012).

Luka perineum adalah robekan jaringan antara pembukaan vagina dan rektum, luka jahitan perineum bisa disebabkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan maupun tindakan episiotomi, sehingga memungkinkan untuk terjadinya infeksi bekas luka (Hanifa.Wiknjosastro, 2010).

Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa masa nifas merupakan masa dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil dan berlangsung selama 6 minggu dimana periode post partum ini merupakan masa penyesuaian ibu terhadap peran baru.

2.1.2 Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Post Partum

Pada masa post partum ibu mengalami adanya perubahan-perubahan pada tubuh terutama pada ibu yang meliputi di antara :

2.1.2.1 Involusi Uterus

Involusi adalah kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil baik bentuk maupun posisi. Endometrium tumbuh dan berbentuk selama 10 hari post partum dan sempurna selama 6 minggu. Proses involusi berlangsung selama 6 minggu, berat uterus berubah dari 15x11x7,5 cm menjadi 7,5x5x2,5 cm, setiap minggu berat uterus turun sekitar 500 gram dan serviks menutup selebar 1 jari. TFU adalah tinggi fundus uterus, pada hari pertama TFU diatas simfisis pubis atau sekitar 12 cm, dan berlangsung penurunan 1 cm TFU setiap harinya, sehingga pada hari ke-7 berkisar 5cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba di simfisis pubis (Bahiyatun, 2009).

2.1.2.2 Lochea

Lochea adalah lapisan yang di lepaskan dari dinding uterus. Lochea keluar dari uterus setelah bayi lahir sampai dengan 4 minggu perubahan lochea dibagi menjadi 3 tahap yaitu lochea rubra, serosa, dan alba :

a. Lochea rubra yaitu darah pertama yang keluar yang berasal dari tempat lepasnya plasenta dan berwarna merah.
b. Lochea Serosa yaitu setelah 3 sampai 4 hari berwarna kecoklatan.
c. Lochea Alba yaitu sekitar 10 hari lochea bercampur leukosit dan penurunan kandungan cairan, berwarna putih atau putih kekuningan (Cunningham, 2012).

2.1.2.3 Ovarium dan tubafalopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi esterogen dan progesterone menurun, sehingga dapat terjadi menstruasi dan wanita dapat hamil kembali (Bahiyatun, 2009).

2.1.2.4 Serviks

Selama kehamilan, serviks mengalami perubahan karena pengaruh hormon estrogen. Meningkatnya kadar hormon estrogen pada saat hamil dan disertai dengan dengan hipervaskularisasi mengakibatkan konsistensi lunak. Segera setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi.

2.1.2.5 Vagina

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. vagina tetap berada dalam

keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

2.1.2.6 Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong. Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

2.1.2.7 Perineum

Perubahan perineum setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum hamil. Laserasi perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

Menurut (Pitriani, 2010) ada beberapa perubahan sistem antara lain adalah :

a. Perubahan Sistem Pencernaan

Penurunan produksi progesteron dapat menyebabkan nyeri ulu hati dan konstipasi, terutama pada hari pertama ini terjadi karena inaktivitas motilitas usus akibat kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi karena adanya rasa nyeri pada perineum akibat luka episiotomi.

b. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari post partum, karena saluran urinaria mengalami dilatasi dan akan kembali normal setelah 4 minggu. Pada awal post partum kandung kemih mengalami edema, kongesti, hipotonik karena pengeluaran urin yang tertahan saat persalinan. Sumbatan uretra dikarenakan adanya trauma dan dapat berkurang setelah 24 jam post partum.

c. Perubahan Sistem Endokrin

Kadar HCG *(Human Chorionic Gonadotropin)* dan HPL *(Human Placenta Lactogen)* secara berangsur turun setelah 7 hari post partum, HCG tidak terdapat pada urine ibu setelah 2 hari post partum, dan HPL tidak terdapat dalam plasama.

d. Perubahan Sistem Hematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah sekitar 15.000. peningkatan sel darah putih berkisar 25.000 – 30.000 yang merupakan tanda adanya infeksi pada persalinan lama. Konsentrasi hematokrit menurun hingga 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas sekitar 700-1500 ml (200 ml hilang pada saat persalinan, 500-800 ml hilang pada post partum minggu pertama, dan 500 ml hilang pada saat nifas).

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala 3 ketika volume darah uterus dikeluarkan, akan turun beberapa hari pertama postpartum dan kembali normal pada hari akhir minggu ke-3.

f. Perubahan Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah dalam keadaan stabil, suhu tubuh secara perlahan dan stabil pada 24 jam post partum, nadi cepat dan akan menjadi normal setelah persalinan. Tekanan darah biasanya berubah kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan. Tekanan darah tinggi menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

g. Hormon

Selama kehamilan terjadi peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron. Hormon tersebut berfungsi untuk mempertahankan agar dinding uterus tetap tumbuh dan berproliferasi sebagai media tempat tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi.

h. Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah (cloasma gravidarum), leher, mammae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormon, akan menghilang selama masa nifas.

i. Ruptur Uteri

Komplikasi rahim robek ketika melahirkan kemungkinan bisa terjadi jika sebelumnya melakukan operasi caesar. Kondisi ini terjadi ketika bekas tersebut terbuka di persalinan normal berikutnya. Selain itu ada beberapa risiko yang menyebabkan laserasi atau ruptur diantaranya adalah mendapatkan induksi persalinan, ukuran tubuh bayi besar, usia ibu diatas 35 tahun.

2.1.3 Adaptasi Psikologis

2.1.3.1 Tahapan masa nifas menurut (Saleha, 2009) adalah sebagai berikut :

a. Periode Taking in

Periode ketergatungan atau fase *dependens*, pada periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan dimana ibu bersifat pasif dan bergantung. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain, perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuh, Ibu akan mengulangi pengalaman- pengalaman waktu melahirkan, memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh kondisi normal, nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.

b. Periode Taking Hold (Hari ke 3-10 hari setelah melahirkan)

Periode antara ketergantungan dan tidak ketergantungan atau atau *fase dependen-independen.* Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya, ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya, Ibu memfokuskan pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK , BAB, dan daya tahan tubuh, ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.

c. Periode Letting go (Hari ke 10 setelah melahirkan)

Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh didikan serta perhatian keluarga dan menerima tanggung jawab akan peran barunya, Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

2.2 Konsep Laserasi Perineum

2.2.1 Definisi Laserasi Perineum

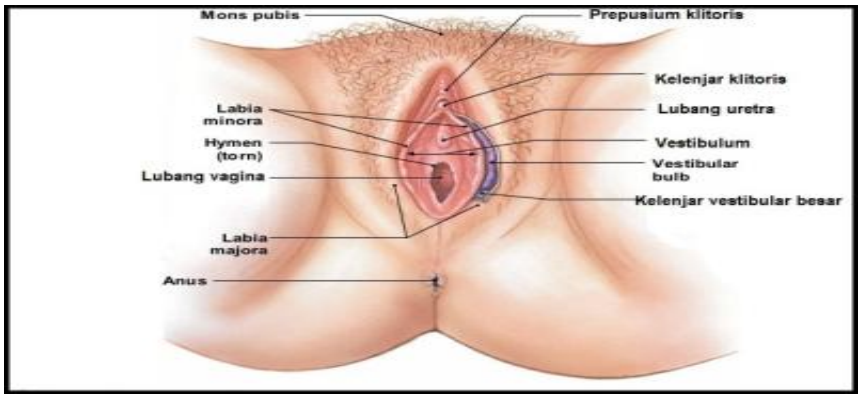
Perineum merupakan bagian permukaan dari pintu bawah panggul yang terletak antara vulva dan anus. Perineum terdiri dari otot dan *fascia urogenetalis* serta *diagfragma pelvis*. Laserasi perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Laserasi perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus diperhatikan yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (*rupture uteri).* Perdarahan dapat berbentuk hematoma dan robekan jalan lahir yang dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah vena (Prawiroharjo, 2011). Laserasi perineum adalah robekkan jaringan antara pembukaan vagina dan rectum, luka jahitan perineum bisa disebabkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan ataupun tindakan episiotomi, sehingga memungkinkan untuk terjadinya infeksi pada bekas luka (Wiknjosastro, 2010).

2.2.2 Etiologi Laserasi Perineum

Penyebab terjadinya laserasi atau robekan jalan lahir adalah *partus presipitatus* diantaranya adalah kepala janin besar, presentasi *defleksi* (dahi, muka), primipara, pimpinan persalinan yang salah, pada *obstetri* dan e*mbriotomi (ekstraksi vakum,ekstraksi forcep, dan* faktor ibu diantaranya paritas, jarak kelahiran, dan berat badan bayi, *ekstraksi cunam*, ekstraksi vakum, trauma alat dan episiotomi (Prawiroharjo, 2011).

2.2.3 Anatomi Fisiologi

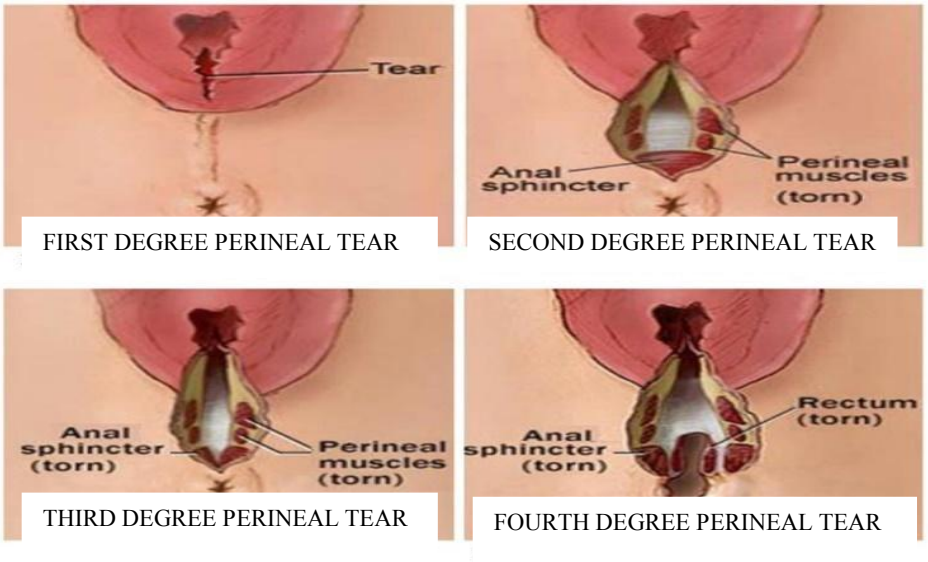
2.2.3.1 Gambar Genetalia Eksterna



Gambar 2.1 Sistem Genetalia Eksterna

Sumber : (Adam, 2019)

Gambar Laserasi perineum



Gambar 2.2 Laserasi Perineum

Sumber : (Adam, 2019)

a. Bagian–bagian genetalia eksterna :

1. Labia mayora adalah bagian dalam tanpa rambut, merupakan kelanjutan dari rambut pada mons veneris. Labia mayora bagian dalam tanpa rambut,

merupakan selaput yang menggandung sejauh sebasea (gemuk). Ukuran labia mayora pada wanita dewasa panjang 7-8 sedangkan lebar 2-3 dan tebal 1-1,5.

2. Labia minora

Bibir kecil yang merupakan lipatan bagian dalam bibir besar (labia mayora), tanpa rambut, terdiri dari suatu jaringan tipis yang lembab dan berwarna kemerahan.

3. Klitoris

Mengandung banyak serat saraf sensori dan sangat sensitif.

4. Vestibulum

Merupakan rongga kemaluan yang di terbatasi oleh labia minora pada bagian kiri dan kanannya, di bagian atas dibatasi dengan klitoris, dan bagian bawah dibatasi dengan pertemuan 2 buah labia minora. Fungsi dari vestibulum adalah sebagai tempat bermuaranya uretra atau saluran kencing dan vagina atau liang senggama.

5. Himen

Merupakan selaput darah berbentuk membrane tipis yang menutupi lubang vagina. Fungsi himen adalah sebagai penilaian terhadap keperawanan seorang wanita. Himen mudah robek berbentuk lingkaran.

6. Perineum

Daerah antara vulva dan tepi depan anus. Perineum meregang saat persalinan dan terkadang perlu dipotong untuk memperbesar jalan lahir. Laserasi perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

2.2.3.3 Derajat robekan perineum menurut (JNPK-KR, 2014) diantaranya adalah:

a. Robekan derajat satu terjadi pada mukosa, vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum, umumnya robekan tingkat 1 dapat sembuh tanpa penjaitan.

b. Robekan derajat dua meliputi vagina, kulit perineum, dan otot perineum. Perbaikan luka dilakukan dengan menghubungkan garis tengah dan kemudian luka pada vagina kulit perineum ditutupi mengikut sertakan jaringan-jaringan dibawahnya.

c. Robekan derajat tiga meliputi mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot spingterani eksternal. Pada robekan partialis denyut ketiga yang robek hanyalah spingter.

d. Robekan derajat empat pada robekan yang total spingter recti terpotong dan laserasi meluas sehingga dinding anterior rectum dengan jarak yang bervariasi.

2.3 Penilaian Skala REEDA

REEDA adalah singkatan yang sering dilakukan untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perineum. REEDA singkatan dari *Redness*/kemerahan, Edema, *Ecchynosis*/ekimosis, *Discharge*/Pengeluaran cairan, *Approximation*/perlekatan jaringan yang dijahit. Merupakan instrumen penilaian penyembuhan luka yang berisi 5 tanda kemerahan, edema, ekimosis, keluaran, perlekatan. Masing-masing tanda diberikan skore antara 0 sampai 3 yang mempresentasikan tidak adanya tanda-tanda tingkat tertinggi. Dengan demikian skala berkisar sekitar 0 sampai 15 dengan yang lebih tinggi menunjukan penyembuhan luka yang jelek (Prawirohardjo, 2002).

Kriteria penyembuhan luka REEDA *scale.*

Tabel 2.1 Kriteria Penyembuhan Luka REEDA

Poin	*Rednees* (kemerahan)	Odema (edema)	*Eccohymosis* (Ekimosis)	*Discharge* (keluaran)	*Appoximation* (perlekatan)
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Sekitar 0,25 cm pada kedua sisi insisi	Kurang dari 1 cm dari insisi	Sekitar 0,25 cm bilateral 0,5-2 cm unlateral	Serum	Jarak kulit 3mm atau kurang
2	Sekitar 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1 cm bilateral 0,5-2 unlateral	Serosanguinous	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Lebih dari 2cm dari insisi	Lebih dari 1cm bilateral cm unilateral	Daerah purulent	Terdapat jaraak antara kulit, lemak subkutan dan fasia

Sumber : (Adam, 2019)

2.3.1 Tanda – tanda infeksi nifas menurut (Manuba, 2013) adalah **:**

a. Pembengkakan pada luka

b. Terbentuk pus
c. Perubahan warna luka
d. Lochea bercampur nanah
e. Mobilisasi terbatas karena rasa nyeri
f. Temperature badan meningkat
g. Tidak ada tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, fungsiolesa)

2.4 Komplikasi Post Partum

Hamil dan melahirkan memang bukan merupakan suatu proses yang mudah untuk dilalui. Kemungkinan adanya masalah tidak hanya bisa datang saat hamil, akan tetapi saat proses melahirkan berlangsung. Berbagai komplikasi yang bisa terjadi saat post partum dapat terjadi diantaranya :

2.4.1 Perdarahan Post Partum (apabila kehilangan darah lebih dari 500 ml, selama 24 jam pertama setelah kelahiran bayi).

2.4.2 Infeksi diantaranya endometritis (radang endometrium), miometritis (radang otot-otot uterus), perimetritis (radang peritoneum disekitar uterus), bendungan payudara mengalami distensi, menjadi keras dan berbenjol-benjol, mastritis (mamae membesar dan nyeri pada tempat, kulit merah, membengkak sedikit, dan nyeri pada perabaan jika tidak ada pengobatan bisa terjadi abses), trombophilebitis (terbentuknya pembekuan darah dalam *vena varicose superficial* yang menyebabkan statis dan hiperkoagulasi pada kehamilan dan nifas, yang ditandai dengan kemerahan atau nyeri).

2.4.2 Tali Pusat Melilit Tubuh Bayi

Posisi bayi didalam kandungan tidak selalu diam dan tenang. Kadang kala bayi bisa bergerak dan berganti posisi, sehingga membuat tubuhnya terlilit tali pusatnya sendiri.

2.4.3 Plasenta Previa

Posisi plasenta menutupi sebagian atau seluruh leher rahim (serviks) seharusnya posisi plasenta disebelah atas maupun di samping rahim sehingga tidak akan menutupi jalan lahir bayi.

2.4.4 Rahim Robek Atau Ruptur Uteri

Komplikasi rahim robek ketika melahirkan kemungkinan bisa terjadi jika sebelumnya melakukan operasi caesar. Kondisi ini terjadi ketika bekas tersebut terbuka dipersalinan normal berikutnya. Selain itu ada beberapa risiko yang menyebabkan laserasi atau ruptur diantaranya adalah mendapatkan induksi persalinan, ukuran tubuh bayi besar, usia ibu diatas 35 tahun. (Sarwono, 2014).

2.4.5 Laserasi Perineum

Laserasi perineum adalah robekkan jaringan antara pembukaan vagina dan rectum, luka jahitan perineum bisa disebabkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan ataupun tindakan episiotomi, sehingga memungkinkan untuk terjadinya infeksi pada bekas luka.

2.5 Penatalaksanaan Nyeri Perineum

Ada beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri pada luka perineum diantaranya sebagai berikut :

2.5.1 Non Farmakologi

Menurut (Redeer, 2011) terapi non farmakologi dibagi menjadi :

a. Relaksasi

Teknik tercepat dan termudah untuk meningkatkan relaksasi adalah dengan menginstruksikan untuk menarik nafas dalam atau menguap dan kemudian akan rileks saat menghembuskan nafas. Teknik relaksasi ini dapat di tingkatkan dengan memberikan posisi yang nyaman dan sedikit memfleksikan ekstermitas.

b. Distraksi

Strategi distraksi merupakan teknik yang memiliki kekuatan bahkan dengan nyeri yang hebat menjadi dapat ditahan oleh klien. Membiarkan mata terbuka dan berfokus pada titik tertentu merupakan distraksi yang paling sederhana dan murni.

c. Musik

Strategi lain yang sederhana dan efektif untuk nyeri adalah mendengar musik, klien dapat membawa sebuat tape *recorder* dan *compact disc player portabel* di rumah sakit dan mendengarkan musik kesukaan. Kondisi ini akan memberikan stimulus pada indera pendengar.

d. Hipnosis

Suatu perubahan status kesadaran secara sementara dengan meningkatkan sugestibilitas. Ahli hipnoterapi akan mengajarkan pasien untuk menghipnotis diri sendiri. Kelemahannya dibutuhkan waktu yang memadai untuk mempersiapkan hipnosis yang adekuat.

e. Massage

Jenis stimulasi kutaneus dalah massage *effleurage* dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut kearah permukaan tubuh dan arah sirkular, atau menggosok pada bagian tubuh yang nyeri. *Accupresure* digunakan untuk meningkatkan energi dan mengatasi nyeri, terapi dilakukan dengan sentuhan, beberapa orang percaya bahwa *accupressure* dapat melepaskan endofrin dan neurotransmiter lain yang berhubungan dengan nyeri.

f. Kompres dingin

Kompres dingin memperlambat transmisi impuls nyeri di sepanjang alur saraf dan direkomendasikan untuk nyeri akut sebab dingin dapat menembus 2-3x lebih dalam dari pada panas. Dingin biasa digunakan 20-30 menit atau lebih lama, waktu efektif yang minimal adalah 5-10 menit (Zakiyah, 2015).

2.6.1 Farmakologi

Menangani nyeri yang dialami pasien dengan luka perineum post partum adalah berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan analgesik (Andormoyo., 2009).

2.6 Konsep Nyeri

2.6.1 Nyeri

Pengalaman nyeri mencangkup semua sensasi, perasaan, dan respon perilaku, termasuk aktivitas psikologi seperti perubahan tekanan darah. Pengalaman nyeri juga dapat mengarah ketiga fase yaitu antisipasi, keberadaan, dan akibat setelah

nyeri. Ekspresi nyeri klien yang menunjukan tanda nyeri akut adalah seperti perspirasi berkeringat, ketegangan otot, atau merintih. Ekspresi nyeri klien dapat dilihat melalui perilaku seperti fisiologis, verbal, vokal, wajah, pergerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain, dan respon terhadap lingkungan (Redeer, 2011). Nyeri perineum adalah sumber morbiditas yang sangat bermakna bagi ibu setelah melahirkan, tidak hanya untuk masa pasca peralihan awal namun juga untuk waktu dalam jangka panjang (Bahiyatun, 2009).

2.6.2 Fisiologi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan dalam beberapa golongan berdasarkan tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan (Asmadi, 2008).

2.6.2.1 Nyeri berdasarkan tempatnya diantaranya :

a. *Pheriperal pain*, nyeri yang terasa pada permukaan tubuh. Misal pada kulit dan mukosa.
b. *Deep pain*, nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam pada organ tubuh visceral.
c. *Referred pain*, nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
d. *Central pain*, nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dll.

2.6.2.2 Nyeri berdasarkan sifatnya diantaranya :

a. *Incidental pain*, nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
b. *Steady pain*, nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
c. *Proxymal pain*, nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali, menetap kurang lebih 10-15 menit. Lalu menghilang kemudian timbul lagi.

2.6.2.3 Nyeri berdasarkan berat ringannya diantaranya :

a. Nyeri ringan, nyeri dengan intensitas rendah.
b. Nyeri sedang, nyeri yang menimbulkan reaksi.
c. Nyeri berat, nyeri dengan intensitas tinggi

2.6.2.4 Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan diantaranya :

a. Nyeri akut

Nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari 6 bulan. Sumber nyeri diketahui secara jelas. Sebagai akibat dari luka, misal luka operasi, atau penyakit anteriosklerosis pada arteri koroner.

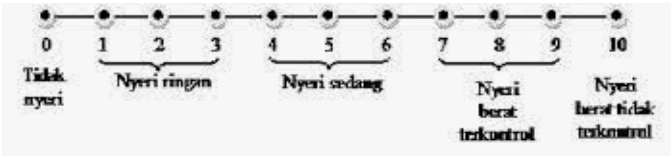
b. Nyeri kronis

Nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan, polanya beragam bahkan berbulan-bulan atau bertahun-tahun. Pola tersebut ada yang dari nyeri lalu timbul kembali nyeri begitu seterusnya, rasa nyeri terus-menerus semakin lama semakin meningkat walaupun pernah diberikan pengobatan, misal pada nyeri karena neoplasma.

2.7 Instrumen penilaian tingkat nyeri menurut (Mander, 2003) :

2.7.1 Skala Numeris

Kata-kata deskriptif sering memiliki nilai numeris yang ditambahkan dalam upaya untuk lebih memperjelas hubungan antara berbagai tingkat nyeri dan menghasilkan skala nyeri. Kata “tidak nyeri” sebagai minimum dan “nyeri senyeri-nyerinya” sebagai maksimum.



Gambar 2.3 Skala Nyeri Numerik

Sumber : (Adam, 2019)

2.7.2 Deskripsi Verbal

Bentuk tradisional pengamatan nyeri cenderung bergantung pada interaksi verbal. Pendeskripsian verbal biasanya digunakan berkombinasi dengan pendekatan lain seperti numerikal (*McGill Pain Questonnaire*). Masalah yang dikenal menggunakan kata-kata untuk menyatakan intensitas nyeri.

Skala	Keterangan
0	Tidak nyeri
1	Nyeri ringan
2	Nyeri sedang
3	Nyeri berat
4	Nyeri sangat berat
5	Nyeri hebat

Gambar 2.5 Skala Nyeri Mcgill

Sumber : (Rachman, 2012)

2.7.3 *Visual Analogue Scales* (VAS)

Memberikan kata kunci pada setiap kondisi ekstrem, jika kata-kata digunakan untuk menunjukan tingkat yang tidak tepat tanpa angka disebut "*graphic ratting scale"*. Tidak adanya indikator numeris sehingga klien bebas memilih daripada apa yang mereka alami, hal ini menyebabkan kesulitan.

Gambar 2.5 Skala Nyeri VAS

Sumber : (Hidayat, 2012)

2.7.4 Kombinasi Metode

MPQ mengkombinasikan pendeskripsi verbal dengan nilai numeris yang melekat dan sepasang gambar tubuh. Dalam MPQ sifat nyeri yang dicari dengan menawarkan pasien 78 kata yang menggambarkan nyeri, dibagi menjadi 20 kelompok. Contoh kata-kata tersebut adalah aspek sensorik "rasa seperti ditarik", aspek afektif "menakutkan", aspek evaluatif "tak tertahankan", dan aspek lain "menyedihkan".

2.8 Kompres Dingin

2.8.1 Pengertian Kompres dingin

Kompres dingin adalah memberikan rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain atau waslap yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga memberi efek rasa dingin. Tujuan diberikan untuk menghilangkan rasa nyeri akibat edema atau trauma, mempersempit pembuluh darah, dan mengurangi arus darah lokal. Tempat yang diberikan tergantung pada lokasi, dan selama pemberian kompres kulit klien diperiksa setelah 5 menit pemberian, jika dapat ditoleransi oleh kulit maka diberikan selama 20 menit. Tingkat suhu dalam pemberian kompres dingin adalah 13°c (Zakiyah, 2015).

Kompres dingin membuat daerah yang nyeri menjadi kebas (mati rasa) dan mengkontriksi pembuluh darah. Kompres dingin juga memperlambat transmisi impuls nyeri di sepanjang alur saraf dan direkomendasikan untuk nyeri akut sebab dingin dapat menembus 2-3x lebih dalam dari pada panas. Dingin biasa digunakan 20-30 menit atau lebih lama, waktu efektif yang minimal adalah 5-10 menit. Jika dingin untuk meredakan nyeri akan lebih efektif dibandingkan panas sebab dingin meredakan lebih banyak nyeri dengan tingkat yang lebih cepat (Redeer, 2011).

2.8.2 Manfaat Kompres dingin

Kompres dingin dapat dilakukan menjadi strategi untuk menurunkan nyeri yang efektif pada beberapa kondisi,kompres dingin yang diberikan di area cidera atau trauma dapat menimbulkan respons sistemik dan respon lokal. Stimulasi ini mengirimkan implus-implus dari perifer ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperature tubuh secara normal (Zakiyah, 2015).

Kompres dingin memberikan rasa dingin di area setempat cidera dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga memberikan rasa dingin pada area tersebut. Tujuan diberikan kompres dingin tersebut yaitu untuk mengurangi nyeri akibat cidera, trauma, edema, memperlambat denyutan jantung, mempersempit pembuluh darah, dan mengurangi arus darah lokal. Saat diberikan kompres dingin, klien diperiksa setelah 5 menit pemberian, jika dapat ditoleransi oleh kulit diberikan selama 20 menit (Zakiyah, 2015).

2.8.3 Jenis terapi kompres dingin

Ada beberapa cara untuk membuat kompres dingin salah satunya adalah dengan menggunakan *Ice pack*. *Ice pack* adalah sebuah kompres es yang dikemas dengan menggunakan sarung tangan karet yang di isi es batu dan dibungkus dengan suatu yang bersih seperti kain waslap sekali pakai atau handuk sekali pakai (Wenniarti, 2016).

Gambar *2.6 Ice Pack*

Sumber : (Adelia, 2017)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Purwaningsih, 2015) tentang efektivitas kompres dingin untuk mengurangi laserasi nyeri perineum pada primipara di Magelang menunjukan hasil bahwa, kompres dingin lebih efektif dalam mengurangi lecet dan nyeri luka perineum pada primipara. Kompres dingin lebih efektif dalam mengatasi nyeri luka perineum pada ibu post partum dibandingkan dengan terapi kompres hangat, terapi kompres dingin dapat dijadikan sebagai terapi alternatif untuk mengatasi nyeri luka perineum pada ibu post partum. Kompres dingin membuat daerah yang nyeri menjadi kebas (mati rasa) dan mengkontriksi pembuluh darah. Dingin juga memperlambat transmisi impuls nyeri di sepanjang alur saraf dan direkomendasikan untuk nyeri akut sebab dingin dapat menembus 2-3x lebih dalam dari pada panas. Dingin biasa digunakan 20 menit atau lebih lama, waktu efektif yang minimal adalah 5-10 menit. Jika dingin untuk meredakan nyeri akan lebih efektif dibandingkan panas sebab dingin meredakan lebih banyak nyeri dengan tingkat yang lebih cepat.

2.9 Metode Kompres dingin

Penerapan kompres dingin dapat diberikan setelah 1 hari setelah proses melahirkan. Dengan menggunakan terapi *ice pack* dapat diberikan 2x dalam sehari. Sebelum melakukan tindakan tersebut di lakukan pengecekan suhu *Ice pack* dengan menggunakan thermometer air raksa, suhu yang diperbolehkan sekitar 13^{0C}. Terapi kompres dingin dapat dilakukan dengan waktu 5-10 menit kemudian dilakukan jeda setelah tindakan 5 menit dan lakukan kompres dingin 3 kali berturut-turut sampai hari ke 3. Selain pembuatan yang mudah dan praktis penerapan kompres dingin juga menjadi terapi yang mandiri untuk ibu post partum yang berada di rumah (Penelitian et al., 2015).

2.10 Standar Operasional Prosedur Kompres Dingin

A. Fase prainteraksi

1. Verivikasi data
2. Mencuci tangan
3. Menyiapkan alat
4. Mendekatkan alat didekat pasien

B. Fase orientasi

1. Memberikan salam kepada klien
2. Memperkenalkan diri
3. Menanyakan identitas klien
4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan
5. Menanyakan kesiapan klien

C. Fase kerja

1. Mencuci tangan
2. Membaca Bismillah
3. Menutup privasi klien
4. Berikan NaCl secukupnya dikom kecil yang berisi kassa
5. Memakai sarung tangan bersih
6. Posisikan klien dorsal recumbent
7. Membuka celana dalam klien
8. Pasang pengalas dibawah pantat

9. Letakan bengkok didekat klien
10. Ambil kassa, membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk
11. Lakukan vulva *hygiene*, labia mayora kanan kiri, labia minora kanan kiri, vestibulum, perineum dengan gerakan dari atas ke bawah (1 kassa 1 kali usapan)
12. Perhatikan daerah perineum, jahitan, bengkak, atau iritasi
13. Menempelkan *ice pack* yang sudah dimasukan kedalam waslap
14. Memasang celana dalam kembali
15. Bantu kembali ke posisi awal klien yang nyaman
16. Lepaskan sarung tangan
17. Tunggu 5-10 menit, lalu ambil kembali *ice pack*, dan lakukan lagi selama 3x

D. Fase terminasi

1. Membaca hamdallah
2. Melakukan evaluasi tindakan
3. Menyampaikan rencana tindakan selanjutnya
4. Berikan salam penutup
5. Cuci tangan
6. Mendoakan klien agar cepat sembuh
7. Dokumentasi

2.11 Konsep Dasar Keperawatan

2.11.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap awal dan dasar dari berikutnya, pengkajian post partum terdiri dari 13 domain NANDA *(North American Nursing Diagnosis Association*) menurut (Herdman, 2018) diantaranya adalah :

a. *Health promotion* : Hal yang dikaji adalah kesadaran akan kesehatan dan manajemen kesehatan pasca melahirkan, yaitu bagaimana tindakan klien saat mengalami masalah kesehatan pasca melahirkan.
b. *Nutrition :* Hal yang harus dikaji adalah kondisi tubuh BB sesudah dan sebelum melahirkan, data laboratorium yang abnormal setelah melahirkan, tanda klinis

abnormal setelah melahirkan, perbandingan antara intake, masalah nutrisi, energi, baik sebelum dan sesudah melahirkan.

c. *Elimination* : Hal yang harus dikaji adalah frekuensi BAB dan BAK sebelum dan sesudah persalinan, karakteristik BAB dan BAK , mual, muntah, riwayat kelainan pada kandung kemih serta kondisi kulit, adakah kesulitan BAK, adakah kesulitan BAB.
d. *Activity/Rest* : Hal yang harus dikaji adalah jam tidur sesudah dan sebelum persalinan, kemandirian dalam beraktivitas, kondisi kesehatan jantung dan paru, yang berpotensi membatasi aktivitas klien.
e. *Perception/cognitif* : Hal yang dikaji adalah cara pandang klien tentang persalinan dan bayi yang dilahirkan, tingkat pendidikan klien, kesadaran klien, kesadaran klien mengenai waktu, tempat, dan orang.
f. *Self perception :* Hal yang harus dikaji adalah kecemasan sebelum dan sesudah bersalin, adanya keinginan untuk melukai diri sendiri setelah bersalin.
g. *Role perception* : Hal yang harus dikaji adalah orang terdekat yang mendampingi persalinan klien, adanya perubahan gaya hidup setelah melahirkan, dan hubungan klien dengan perawat, bidan, dokter, serta orang sekitar yang membantu persalinan.
h. *Sexuality* : Hal yang harus dikaji adalah karakteristik darah nifas klien, kontrasepsi yang akan digunakan klien, apakah klien pernah mengalami masalah sexsual, apakah klien melakukan pemeriksaan sadari secara berkala, Pemeriksaan masa nifas.
i. *Coping stress tolerance* : Hal yang harus dikaji adalah perasaan klien setelah bersalin, bagaimana klien mengatasi stressor dalam proses persalinan, adakah perilaku yang menampakan cemas setelah bersalin.
j. *Life principles* : Hal yang harus dikaji adalah ibadah klien selama perawatan, kegiatan keagamaan dan kebudayaan yang diikuti klien serta prinsip hidup klien.
k. *Safety/Protection* : Hal yang harus dikaji adalah apakah ibu memiliki alergi, baik terhadap obat ataupun makanan, apakah ibu mengidap penyakit autoimmune atau tidak, adakah tanda infeksi, dan komplikasi.

l. *Comfort* : Hal yang harus dikaji adalah kenyamanan selama proses persalinan, nyeri yang dirasakan setelah proses persalinan, dan juga rasa tidak nyaman setelah proses persalinan seperti yang menimbulkan nyeri, bagaimana kualitasnya, dimana letaknya, berapa skalanya, dan waktu jika nyeri timbul. Adakah laserasi perineum, derajat keberapa, skala yang dirasakan, adakah tanda-tanda resiko infeksi.
m. *Growth/Development* : Hal yang harus dikaji adalah kenaikan berat badan klien selama kehamilan.

2.12 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respon klien terhadap masalah kesehatan/penyakit tertentu yang aktual dan potensial karena ketidaktahuan, ketidakmauan, atau ketidakmampuan klien mengatasi sendiri yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya (Ali, 2009)**.** Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien ibu post partum dengan laserasi perineum adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik
b. Resiko infeksi
c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi
d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui

2.13 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011).

2.13.1 Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :

a. Pasien mampu mengontrol nyeri.
b. Nyeri dapat berkurang menjadi skala ringan 1-3.

c. TTV dalam batas normal, TD: 120/80mmhg, nadi: 80-100x/menit, respirasi: 20-24x/menit, suhu: 36,5-37,5°c.

Intervensi :

1. Kaji PQRST (Pencetus nyeri, Qualitas nyeri, *Regio*, Skala, *Time*).

Rasional : untuk mengetahui skala dan durasi nyeri yang di rasakan

2. Berikan kompres dingin pada perineum setelah melahirkan.

Rasional : kontraksi pembuluh darah, mengurangi edema, memberikan kenyamanan, dan mengurangi nyeri.

3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

Rasional : untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi.

4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgesik.

Rasional : diperlukan untuk intervensi medis mengurangi nyeri.

2.13.2 Resiko infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi, dengan kriteria hasil : Tidak terjadi infeksi

a. Tidak ada tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, fungsiolesa)

b. TTV dalam batas normal, TD: 120/90mmhg, Nadi: 80-100x/menit, Respirasi: 20-24x/menit, Suhu: 36,5-37,5°c

c. Leukosit dalam batas normal 5-10x 10∧3ul

Intervensi :

1. Kaji tanda-tanda infeksi.

Rasional : untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi.

2. Lakukan *vulva hygiene.*

Rasional : untuk membersihka daerah vagina.

3. Ajarkan pasien cara melakukan *personal hygiene.*

Rasional : agar terhindar dari infeksi dan tetap menjaga kebersihan.

4. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik.

Rasional : untuk mencegah terjadinya infeksi

2.13.3 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisiensi pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil :

a. Pasien dan keluarga menunjukan pemahaman tentang penyakit, kondisi, dan pengobatan.

b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.

c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat.

Intervensi :

1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit dan kondisi saat ini.

Rasional : mengetahui pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien.

2. Beri penjelasan tentang penyakit dan kondisi serta perawatan diri untuk saat ini.

Rasional : mengetahui tentang penyakit atau kondisi pasien serta tanda gejala dan penyebab yang akan muncul.

3. Diskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai perawatan dan pengobatan untuk penyakit yang dialami.

Rasional : membantu dalam memilih untuk perawatan penyakit pasien.

4. Libatkan keluarga dalam tindakan yang dilakukan kepada pasien.

Rasional : keluarga dapat lebih mengerti cara perawatan yang tepat.

2.13.4 Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisiensi pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil :

a. Bayi mendapat ASI yang cukup.

Intervensi :

1. Kaji ulang tingkat pengetahuan dan pengalaman ibu tentang menyusui sebelumnya.

Rasional : membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini agar memberikan intervensi yang tepat.

2. Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik yang tepat

Rasional : posisi yang tepat biasanya mencegah luka/pecah putting yang dapat merusak dan mengganggu.

3. Anjurkan ibu mengeringkan putting setelah menyusui

Rasional : agar kelembaban pada payudara tetap dalam batas normal.

4. Kaji aliran ASI

Rasional : untuk memastikan bahwa bayi menerima ASI.

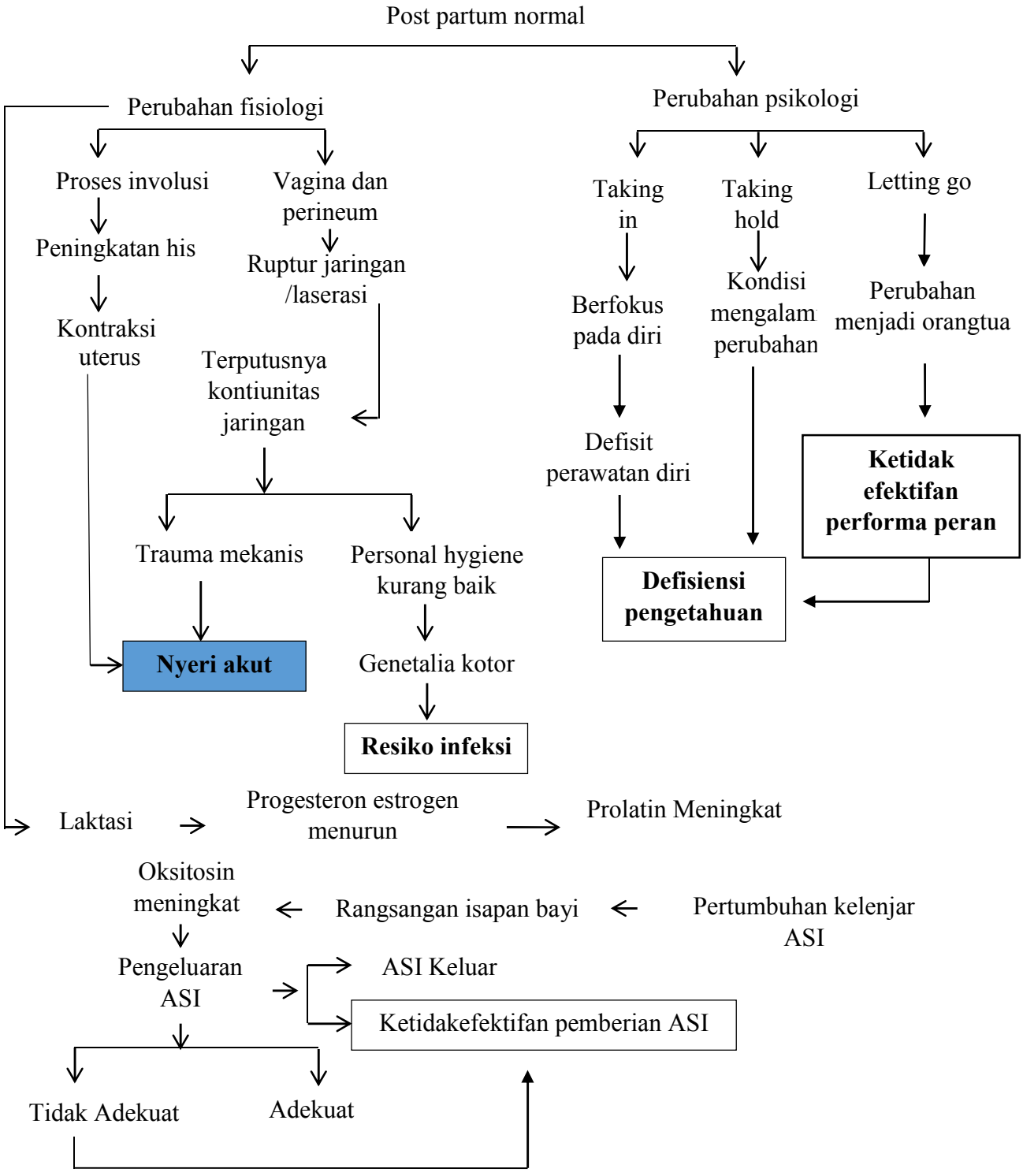
2.14 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan pada klien dengan nyeri akut (Setiadi, 2012).

2.15 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan yang akan dilakukan untuk masalah nyeri akut dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung,2011). Evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu, evaluasi formatif adalah berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan, dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, perumusan ini meliputi 4 komponen SOAP, yaitu *subyektif, obyektif, assesment,* dan *planning.* Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan, evaluasi ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan, hasil evaluasi pasien yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan dibagi menjadi 3, yaitu tujuan tidak tercapai, tujuan tercapai sebagian, dan tujuan tercapai (Asmadi, 2008).

2.16 Pathway



Gambar 2.3 Pathway Post Partum

Sumber : (Mitayani, 2009)

BAB 3

METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Studi Kasus

Dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini menggunakan jenis studi kasus deskriptif yang merupakan studi kasus yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa telah dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual dari pada penyimpulan (Nursalam, 2016). Jenis studi kasus deskriptif terdiri dari atas penelitian studi kasus dan survey. Studi kasus deskriptif merupakan studi kasus yang mencakup pengkajian satu unit studi kasus secara intensif, misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah subyek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang diteliti cukup luas. Sedangkan studi kasus survey adalah studi kasus yang digunakan untuk menyediakan informasi yang berhubungan dengan pravelensi, distribusi, dan hubungan antar variabel dalam suatu populasi (Nursalam, 2016). Dalam studi kasus ini menggunakan jenis studi kasus deskriptif dengan desain studi kasus, yaitu menggambarkan studi kasus tentang asuhan keperawatan pada pasien ibu post partum dengan nyeri akut akibat luka perineum.

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek yang digunakan pada studi kasus ini adalah subyek yang dituju atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran (Lapau, 2012). Unit analisis atau partisipan dalam keperawatan umumnya adalah klien dan keluarganya. Subyek yang digunakan pada studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan ini adalah 2 klien atau 2 kasus ibu post partum dengan masalah nyeri akut pada luka perineum.

3.3 Fokus Studi

Fokus studi kasus yang digunakan identik dengan variabel yaitu perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu. Fokus studi yang digunakan dalam studi kasus ini adalah ibu post partum yang berjumlah 2 orang dengan masalah nyeri akut pada luka perineum.

a. Asuhan keperawatan 13 Domain NANDA
b. Kompres dingin
c. Ibu post partum
d. Nyeri akut
e. Laserasi perineum

3.4 Definisi Operasional Studi Kasus

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang digunakan dalam studi kasus secara operasional sehingga mempermudah pembaca mengartikan studi kasus. Definisi operasional mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena.

a. Asuhan keperawatan yang dilakukan pada studi kasus ini meliputi pengkajian keperawatan dengan menggunakan 13 Domain NANDA seperti data kesehatan umum, nutrisi, eliminasi, aktivitas, pola persepsi kesehatan, peran hubungan, stress koping, seksualitas reproduksi, persepsi terhadap diri sendiri, dan pengkajian nyeri yang digunakan menggunakan pendekatan PQRST (*provokatif/paliatif*, *quality*, *regio*, *severity*, *time*), setelah data yang diperoleh dari wawancara, observasi, dan cara sistematis yang telah dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan.

b. Kompres dingin adalah prosedur memberikan rasa dingin pada daerah perineum yang terjadi ruptur atau episiotomi dengan *ice pack* yang dilapisi handuk tipis supaya tidak langsung kontak dengan area luka. Kompres dingin menimbulkan efek analgetik dan menyebabkan dampak fisiologis vasokontriksi pada pembuluh darah dan dapat menurunkan aktivitas ujung saraf pada otot sehingga memperlambat hantaran saraf yang mengakibatkan implus nyeri yang akan mencapai otak lebih sedikit. Dalam studi kasus ini penulis memberikan aplikasi kompres dingin 1 hari setelah proses melahirkan. Dengan menggunakan terapi *ice pack* dapat diberikan 2x dalam sehari. Sebelum melakukan tindakan tersebut dilakukan pengecekan suhu

ice pack dengan menggunakan thermometer air raksa, suhu yang diperbolehkan sekitar 13^{0C}. Terapi kompres dingin dapat dilakukan dengan waktu 5-15 menit kemudian dilakukan jeda setelah tindakan 5 menit, lakukan kompres dingin 3 kali berturut-turut dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

c. Ibu post partum merupakan keadaan ibu yang baru saja melahirkan bayi masa ini dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu keenam setelah melahirkan.

d. Nyeri berperan sebagai mekanisme tubuh kita untuk memperingatkan kita bahwa adanya bahaya fisik. Oleh karenanya, nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mencegah kerusakan lebih lanjut dengan cara memberikan dorongan untuk keluar dari situasi yang menyebabkan nyeri. Tingkat nyeri luka perineum adalah rasa tidak nyaman pada ibu post partum akibat robek pada saat persalinan.

e. Laserasi perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Dalam studi kasus ini nyeri luka perineum yang akan digunakan dengan luka perineum derajat 2 dimana luka perineum terjadi di vagina, kulit perineum, dan otot perineum. Perbaikan luka dilakukan dengan menghubungkan garis tengah dan kemudian luka pada vagina kulit perineum ditutupi mengikut sertakan jaringan-jaringan dibawahnya.

e.

3.5 Instrumen Studi Kasus

Alat dan Bahan yang digunakan untuk pengumpulan data adalah lembar atau format asuhan keperawatan 13 domain nanda untuk melakukan pengkajian dan di bantu dengan :

a. SOP kompres air dingin (terlampir).
b. Kuesioner NRS untuk mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah pemberian kompres dingin (terlampir).

3.6 Metode Pengumpulan Data

Penulis telah menggunakan teknik pengumpulan data pada studi kasus ini sebagai berikut :

a. Wawancara

Penulis dalam melakukan studi kasus ini menggunakan teknik wawancara terstruktur. Memberikan pertanyaan lisan pada klien yang kemudian dijawab juga dengan lisan oleh klien. Wawancara yang dilakukan dengan cara tatap muka. Dalam menggali informasi, menggunakan wawancara auto anamnesa yaitu dengan secara langsung bertanya pada klien dan mendapatkan data tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat keluarga, dan riwayat sosial (Supardi, 2013).

b. Observasi partisipatif

Observasi pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data studi kasus dilaksanakan melalui pengamatan dimana penulis benar-benar terlibat langsung dalam keseharian responden. Tindakan yang dilaksanakan adalah mengkaji klien menggunakan 13 Domain NANDA, melakukan pemeriksaan fisik *(head to toe),* mengukur tanda-tanda vital, dan melakukan tindakan aplikasi kompres, dan yang terakhir mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan.

3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus pada responden 1 Ny.N telah dilakukan di Dusun Kedung Kayang, Desa Tanjung, Kecamatan Muntilan, Kabupaten Magelang. Pengambilan data pada tanggal 25 Februari 2020 dan studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 25 Februari – 27 Februari 2020. Studi kasus pada responden 2 Ny.A telah dilakukan di Dusun Huntap, Desa Keji, Kecamatan Muntilan, Kabupaten Magelang. Pengambilan data pada tanggal 28 Februari 2020 dan studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 28 Februari – 01 Maret 2020.

3.8 Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data yang dilakukan studi kasus dilapangan sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data telah dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan

selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban–jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis yang digunakan dengan cara observasi dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam interview tersebut. Urutan dalam analisis data pada studi kasus ini adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dengan cara wawancara dengan klien yang mendapatkan hasil data identitas klien, keluhan utama, dan riwayat penyakit sekarang. Sedangkan data yang diperoleh dengan cara observasi mendapat hasil keadaan umum pasien dan pemeriksaan fisik pada klien.

b. Data yang telah diperoleh kemudian diseleksi atau dikelompokan kedalam batasan karakterikstik dan dimasukan ke dalam analisa data. Dalam analisa data dikelompokan kedalam tanda dan gejala kemudian dibandingkan dengan batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan sesuai diagnosa yang dipilih.

c. Dari analisa data yang didapatkan dibuat menjadi beberapa diagnosa yaitu *problem* (masalah), *etiologi* (penyebab), dan *symptom* (tanda dan gejala), analisa data akan dirumuskan dalam bentuk diagnosa keperawatan sebagai dasar rencana keperawatan dan tindakan keperawatan kemudian akan dilakukan evaluasi.

d. Penyajian data

Data yang diperoleh melalui hasil wawancara, observasi dan dokumentasi kemudian ditulis dalam bentuk narasi. Untuk narasi sendiri ialah berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, pelaksanaan tindakan, evaluasi supaya lebih spesifik kemudian telah didokumentasikan sehingga bisa disajikan dan dibaca. Untuk kerahasiaan klien akan terjamin karena untuk identitas dikaburkan dengan cara memberi inisial saja.

e. Kesimpulan

Data yang telah diperoleh mengenai pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan pasien kemudian dibahas dan

dibandingkan dengan teori sebelumnya guna menegakan diagnosa dan rencana keperawatan yang tepat.

3.9 Etika Studi Kasus

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang sangat penting dalam studi kasus, mengingat studi kasus berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika harus diperhatikan (Hidayat, 2009). Pertimbangan etik dalam penulisan ini dilaksanakan dengan memenuhi prinsip-prinsip *The Five Rights of Human Subjects in Research*, yang terdiri dari :

a. *Informed consent* (persetujuan menjadi pasien)

Penulis memberikan lembar persetujuan, informed consent tersebut berisi tentang tanda tangan persetujuan dilakukannya prosedur aplikasi kompres dingin untuk klien sebelum dilakukan pemeriksaan dan tindakan keperawatan. Klien dapat menandatangani lembar persetujuan tersebut. Jika klien tidak bersedia, maka penulis harus menghormati hak klien. Dengan adanya informed consent maka dapat membantu dalam perlindungan hukum.

b. Hak untuk *self determination*

Dalam studi kasus ini klien telah membuat keputusan untuk berpartisipasi dengan sadar tanpa paksaan, klien sudah memahami maksud, tujuan dan dampaknya.

c. Hak terhadap *privacy and dignity*

Dalam studi kasus ini klien mendapatkan hak untuk dijaga *privacy* klien dengan tidak menceritakan kondisi tentang klien dengan orang lain maupun teman sejawat serta melakukan tindakan keperawatan di ruangan yang tertutup.

d. Hak *Anonimity*

Dalam penyusunan studi kasus ini, penulis menguraikan data dengan tidak memberikan atau mencantumkan nama responden klien. Penulis hanya menggunakan subyek atau inisial pada hasil penelitian yang akan disajikan, bila data sudah tidak digunakan akan segera dimusnahkan.

e. Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

Memberikan individu hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam studi kasus tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan yang sama dengan menghormati

seluruh persetujuan yang disepakati, dan memberikan penanganan terhadap masalah yang muncul selama partisipasi dalam studi kasus. Dalam studi kasus ini pasien telah diperlakukan adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikut sertaannya.

f. Hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian

Penulis telah menjamin bahwa semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu studi kasus, serta memaksimalkan manfaat dari studi kasus. Dalam melakukan studi kasus, penulis telah menjelaskan tentang partisipasi dalam studi kasus tidak akan membahayakan dan merugikan pasien.

g. Pernyataan dari Komite Etik bahwa studi kasus ini layak dilakukan.

Dalam melakukan studi kasus penulis telah memastikan setiap studi kasus yang dilakukan sesuai dengan prinsip etika studi kasus dan memiliki konsekuensi negatif bagi subyek studi kasus sekecil mungkin.

BAB 4
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus Responden 1 Ny.N

Pada Bab ini menjelaskan tentang studi kasus asuhan keperawatan ibu post partum sebanyak 2 orang yaitu pada Ny. N dan Ny. A dengan penerapan prosedur kompres dingin. Klien 1 adalah Ny.N di Desa Tanjung yang mengalami masalah nyeri akut luka perineum pada post partum spontan dilakukan pada tanggal 25 Februari 2020 sampai 27 Februari 2020, dan klien 2 adalah Ny. A dengan post partum spontan di Puskesmas Muntilan 1 dengan nyeri akut (luka perineum) dilakukan pada tanggal 28 Februari 2020 sampai 1 Maret 2020. Proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian keperawatan pengumpulan data, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengimplementasikan tindakan keperawatan, mengevaluasi tindakan keperawatan serta mendokumentasikan tindakan keperawatan.

4.1.1 Pengkajian Keperawatan Responden 1 Ny.N

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 25 Februari 2020 jam 06.00 WIB di Desa Tanjung, didapatkan hasil klien bernama Ny.N berusia 25 tahun tinggal di Dusun Kedung Kayang, Desa Tanjung, Kecamatan Muntilan, Kabupaten Magelang, klien bekerja sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SMK, klien beragama Islam, saat ini klien tinggal bersama suami Tn.A usia 26 tahun bekerja sebagai pemilik toko mebel. Keluhan utama Ny.N mengatakan nyeri skala 4 didaerah jalan lahir karena post partum spontan tanggal 25 Februari 2020. Riwayat persalinan saat ini Ny.N dengan status P1A0, HPHT 9 Mei 2019, HPL 10 Maret 2020. Telah melahirkan anak pertama secara spontan, jenis kelamin laki-laki dengan berat 3.000 gram, panjang bayi 47 cm, lingkar lengan atas 11 cm, lingkar kepala 32, lingkar dada 30, dan lingkar perut 32. Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan di perineum, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan di perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 4, *time* : saat bergerak terus menerus.

4.1.1.1 Data Kesehatan Umum

Health promotion : Klien mengatakan melahirkan anak pertama dan saat ini klien pada masa nifas hari pertama, keluhan utama klien adalah rasa sakit pada jahitan luka perineum derajat 2 saat bergerak dan saat BAK. Klien tidak menggunakan alat bantu apapun, pada data kesehatan umum didapatkan tekanan darah klien 120/80 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu $36,5^0$ C, dan respirasi 24x/menit.

Ellimination : Klien mengatakan belum BAK, klien mengatakan menahan BAK karena takut jahitan luka akan terlepas, klien belum BAB, kondisi kulit klien elastis, intregritas kulit utuh, turgor kulit elastis tidak ada tanda dan gejala dehidrasi.

Activity/Rest : Klien belum bisa melakukan banyak aktivitas, kegiatan makan minum, mandi, sikat gigi, berganti pakaian dilakukan dengan bantuan, jam tidur klien berubah karena harus menyusui 1 jam sekali, tidak ada riwayat jantung, sistem pernafasan maupun edema ekstremitas yang mengganggu aktivitas.

Sexsuality : Klien tidak pernah mengalami masalah sexsual sebelumnya, saat ini klien dalam masa nifas hari pertama dengan luka perineum derajat 2, 3 jahitan, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra, jumlah normal, berbau amis, klien takut luka kembali jika berhubungan sexsual, klien berencana tidak menggunakan alat kontrasepsi.

Safety and protection : Klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu jalan apapun, klien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan, klien tidak mengalami penyakit *autoimune*, pada luka perineum, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh,.

Comfort : Klien merasa nyaman dengan persalinannya saat ini, klien tampak bersih dan rapi dan tampak tenang, setelah persalinan klien mengatakan nyeri *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang

dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 4, *time* : saat bergerak dan saat BAK.

Pada pemeriksaan payudara tidak ada kemerahan pada aerola, payudara kanan dan kiri simetris, puting tampak menonjol, payudara tampak membesar, pada palpasi tidak ditemukan nyeri tekan dan tidak ditemukan benjolan yang abnormal pada payudara, pengeluaran ASI pada hari pertama lancar, kemampuan ibu menyusui bayi baik. Pemeriksaan abdomen tampak linea nigra dari pusat sampai simfisis pubis, kulit abdomen tampak elastis tidak ada benjolan abnormal, TFU teraba keras berada di pusat simfisis dan tidak teraba distensi kandung kemih.

Pemeriksaan genetalia terdapat lochea rubra, bau amis, berwarna kemerahan, terdapat luka perineum 3 jahitan, luka tampak lembab dan basah. *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh.

4.1.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat berdasarkan pengkajian dan perumusan analisa data yang telah dilakukan pada 25 Februari 2020 adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan data subyektif klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, klien mengatakan nyeri jika bergerak, dan BAK, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 4, *time* : saat bergerak dan saat BAK. Didapatkan hasil data obyektif klien terlihat menahan nyeri jika bergerak, tampak terdapat luka perineum, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, dan suhu $36,5^{0}_{C.}$

4.1.1.3 Intervensi keperawatan

Tujuan dan kriteria hasil (NOC) yang diharapkan setelah dilakukan intervensi sebanyak 6x kunjungan adalah nyeri berkurang (1-2), klien mampu mengenali dan mengontrol nyeri, TTV dalam batas normal (tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, RR 16-24, suhu $36,5^0$-$37,5^0$), tidak terjadi infeksi pada perineum (*Redness, Echimosis, Edema, Discharge, Approximation).* Intervensi (NIC) yang akan dilakukan untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik pada luka perineum yaitu 1. Observasi tanda-tanda vital, 2. Kaji skala nyeri pasien (PQRST), 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 4. Berikan terapi kompres dingin pada perineum, 5. Edukasi pada pasien untuk mengganti pembalut 2 jam sekali, 6. Kaji tanda-tanda infeksi, 7. Kolaborasi dengan bidan untuk pemberian terapi farmakologi untuk mengurangi nyeri (Herdman, 2018).

4.1.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum selama 3 hari dan dilakukan setiap 1 hari sebanyak 2x melakukan kompres dingin dilakukan selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, dimulai pada tanggal 25 Februari 2020 setiap jam 08.00 WIB dan 13.00 WIB. Pada hari pertama jam 08.00 WIB yaitu mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, memantau tanda dan gejala infeksi, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan kompres dingin menggunakan *ice pack*. Didapatkan hasil data subyektif klien mau untuk melakukan nafas dalam, klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 4, *time* : saat bergerak terus menerus dan didapatkan hasil data obyektif klien terlihat menahan nyeri, klien terlihat nyeri saat bergerak, tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea rubra 50cc dan pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh,

Pada jam 13.00 WIB dilakukan implementasi yaitu mengobservasi klien agar melakukan teknik nafas dalam secara benar, pada jam 13.05 WIB mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, memantau tanda dan gejala infeksi (*vulva hygine*), dan memberikan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, menganjurkan klien untuk minum obat yang diberikan oleh bidan. didapatkan hasil subyektif klien mengatakan mau mengulang teknik nafas dalam yang tadi pagi sudah diajarkan jika nyeri timbul,klien mau untuk minum obat yang diberikan bidan, klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum berkurang, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 3, *time* : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan BAK. Data obyektif klien terlihat menahan nyeri jika bergerak, tampak terdapat luka perineum, luka tampak basah, bau amis, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, Amoxicillin 500 mg, Vit A. Pada pukul 13.30 WIB dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 24x/menit dan suhu $36,5^{0}_{C,}$

Pada hari kedua tanggal 26 Februari 2020 pada jam 08.00 WIB memberikan edukasi kepada pasien tentang *personal hygiene* dengan mengganti pembalut setiap 2 jam sekali , mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, pada jam 08.10 WIB mengkaji tanda gejala infeksi dan melakukan *vulva hygiene* dan melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, menganjurkan klien untuk minum obat yang diberikan oleh bidan didapatkan hasil data subyektif yaitu pasien mau untuk menjaga kebersihan area vagina dan mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, klien mau untuk minum obat yang diberikan bidan, klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri timbul saat bergerak dan saat BAK, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 3, *time* : saat bergerak dan BAK dan didapatkan hasil data obyektif klien terlihat

rileks saat dilakukan kompres dingin, terlihat klien sedang minum obat asam mefenamat 500 mg, Amoxicillin 500 mg, wajah tidak menahan nyeri, dan pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra 40cc.

Pada jam 13.00 WIB melakukan tindakan implementasi mengkaji skala nyeri klien, menganjurkan klien untuk melakukan nafas dalam jika nyeri timbul, pada jam 13.10 melakukan *vulva hygiene* dan melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, didapatkan hasil data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang akan tetapi masih terasa nyeri saat bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 2, *tim*e : saat bergerak , klien mengatakan nyaman saat diberikan kompres dingin dan didapatkan data obyektif klien terlihat rileks saat setelah dilakukan tindakan kompres dingin, pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi : 80x/menit, Suhu $36,5^0$C, respirasi 24x/menit.

Pada hari ketiga tanggal 27 Februari 2020 pada jam 08.00 WIB melakukan tindakan implementasi mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan pada daerah perineum, menganjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, mengkaji tanda-tanda infeksi dengan melakukan *vulva hygiene*, memberikan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit dilakukan sebanyak 3x berturut-turut, menganjurkan klien untuk minum obat yang diberikan oleh bidan. Didapatkan hasil data subyektif klien mau untuk menjaga kebersihan jahitan pada luka dan akan mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, klien mau untuk dilakukan *vulva hygiene* dan kompres dingin, klien terlihat sedang minum obat yang diberikan bidan, klien mengatakan nyeri berkurang nyeri yang dirasakan tidak seperti hari pertama, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* :

nyeri bagian perineum, skala : 2, *time* : saat BAK dan didapatkan hasil data obyektif klien terlihat rileks, ekspresi wajah klien tidak menahan nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum berbau amis, tampak kering, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra kurang lebih sebanyak 40cc, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, Amoxicillin 500 mg.

Pada jam 14.00 WIB melakukan implementasi mengakaji skala nyeri yang dirasakan klien, mengkaji tanda-tanda infeksi dengan melakukan *vulva hygiene*, melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit sebanyak 3x berturut-turut. Didapatkan hasil data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengatakan jika nyeri timbul melakukan teknik nafas dalam, klien mau diberikan kompres dingin, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 1, *time* : saat BAK dan didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien terlihat rileks tidak menahan nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum berbau amis, tampak kering, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra kurang lebih sebanyak 40cc, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,6^{0}C, respirasi : 23x/menit.

4.1.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari dengan melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack*. Asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 25 Februari 2020 pada jam 08.00 WIB dan dilakukan evaluasi menggunakan metode SOAP.

Pada tanggal 25 Februari 2020, dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum didapatkan data subyektif klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, klien mau untuk minum obat yang diberikan oleh bidan, klien mengatakan nyeri jika bergerak,

provocade : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 4, *time* : saat bergerak terus menerus dan didapatkan hasil data obyektif klien terlihat menahan nyeri, klien terlihat nyeri saat bergerak, tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea rubra 50cc dan pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit dan suhu $36,5^0$C.

Pada hari kedua dilakukan evaluasi pada tanggal 26 Februari 2020 pada jam 15.00 WIB didapatkan hasil data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengatakan mau untuk mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, klien mengatakan mau untuk diberikan kompres dingin, klien mengatakan mau untuk minum obat yang diberikan oleh bidan, klien mengatakan nyaman saat diberikan kompres dingin, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 2, *time* : saat bergerak , dan didapatkan data obyektif klien terlihat rileks saat setelah dilakukan tindakan kompres dingin, pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, Amoxicillin 500 mg, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu $36,5^0$C, respirasi 24x/menit.

Hasil evaluasi pada hari ketiga pada tanggal 27 Februari 2020 dilakukan evaluasi didapatkan hasil subyektif klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengatakan jika nyeri timbul melakukan teknik nafas dalam, klien mengatakan mau untuk minum obat yang diberikan bidan, klien mau diberikan kompres dingin, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 1, *time* : saat BAK dan didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien terlihat rileks

tidak menahan nyeri, klien terlihat sedang minum obat yang diberikan oleh bidan asam mefenamat 500 mg, Amoxicillin 500 mg, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum berbau amis, tampak kering, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra kurang lebih sebanyak 40cc, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu 36,6^{0}C, respirasi 23x/menit. *Assessment* masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik teratasi, *planning* pertahankan intervensi.

4.1.2 Hasil Studi Kasus Responden 2 Ny.A

Hasil studi kasus ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan dengan penerapan prosedur kompres dingin pada Ny.A post partum spontan di Puskesmas Muntilan 1 dengan nyeri akut (luka perineum) berhubungan dengan agen cedera fisik yang dilakukan pada tanggal 28 Februari 2020 sampai 1 Maret 2020.

4.1.2.1 Pengkajian Keperawatan Responden 2 Ny.A

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 28 Februari 2020 jam 11.00 WIB di Puskesmas Muntilan 1, didapatkan hasil klien bernama Ny.A berusia 22 tahun tinggal di Dusun Huntap, Desa Keji, Kecamatan Muntilan, Kabupaten Magelang, klien bekerja sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SMK, klien menganut agama Islam, saat ini klien tinggal bersama suami Tn.R usia 23 tahun bekerja sebagai pekerja pabrik di Tanggerang. Keluhan utama Ny.A mengeluh nyeri di daerah perineum, derajat 2, skala nyeri yang dirasakan adalah skala 6. Riwayat persalinan saat ini Ny.A dengan status P1A0, HPHT 31 Mei 2019, HPL 7 Maret 2020. Telah melahirkan anak pertama secara spontan, jenis kelamin laki-laki dengan berat 3.500 gram, panjang bayi 48 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar lengan atas 12 cm dan lingkar dada 30 cm, lingkar perut 32. Pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan di perineum, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 6, *time* : saat bergerak.

4.1.2.2 Data Kesehatan Umum

Health promotion : Klien saat ini melahirkan anak pertama dan berada pada masa nifas hari pertama, pada jam 09.20 WIB. Keluhan utama klien adalah rasa sakit pada jahitan luka perineum derajat 2, nyeri saat bergerak setelah melahirkan. Klien tidak menggunakan alat bantu apapun, pada data kesehatan umum didapatkan tekanan darah klien 100/70 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu $36,5^0$ C, dan respirasi 24x/menit.

Ellimination : Klien mengatakan belum BAK dan belum BAB 3 jam setelah melahirkan, kondisi kulit klien berwarna sawo matang, elastis, intregritas kulit utuh, turgor kulit elastis tidak ada tanda dan gejala dehidrasi.

Activity/Rest : Klien belum bisa melakukan banyak aktivitas setelah 3 jam post partum, kegiatan makan minum, berganti pakaian dilakukan dengan bantuan suami.

Perception/Cognition : Tingkat pendidikan klien adalah adalah SMK dan klien memiliki tingkat pengetahuan yang cukup untuk menjaga kebersihan pada area luka, orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang baik, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Jawa.

Sexsuality : Klien tidak pernah mengalami masalah sexsual sebelumnya, saat ini klien dalam masa nifas hari pertama 3 jam post partum dengan luka perineum derajat 2, 3 jahitan, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra, jumlah normal, berbau amis, klien berencana menggunakan alat kontrasepsi KB suntik.

Safety and protection : Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan, klien tidak mengalami penyakit *autoimune*, pada luka perineum berbau amis, tampak basah, kemerahan/*redness*, tidak ada pembengkakan*/edema,* memar/*echimosis*, tidak ada rembesan/*discharge*, dan jahitan rapi, jahitan utuh /*approximation* pada luka.

Comfort : Klien merasa nyaman dengan persalinannya saat ini, klien tampak bersih dan rapi dan ekspresi wajah klien meringis kesakitan setelah melahirkan klien mengatakan nyeri, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan (perineum), *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 6, *time* : saat bergerak.

Pemeriksaan genetalia terdapat lochea rubra, bau amis, berwarna kemerahan, terdapat luka perineum 3 jahitan, luka tampak lembab dan basah. *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh.

4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat berdasarkan pengkajian dan perumusan analisa data yang telah dilakukan pada 28 Februari 2020 adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik ditandai dengan data subyektif klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 6, *time* : saat bergerak. Didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien terlihat meringis kesakitan, klien terlihat menahan nyeri jika bergerak, tampak terdapat luka perineum, luka tampak basah, bau amis, jahitan rapi, jahitan utuh, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit dan suhu $36,5^0$C, respirasi 24x/menit.

4.1.2.4 Intervensi Keperawatan

Tujuan dan kriteria hasil (NOC) yang diharapkan setelah dilakukan intervensi sebanyak 6x kunjungan adalah nyeri berkurang (1-2), klien mampu mengenali, mengontrol nyeri, TTV dalam batas normal (Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, RR 16-24, suhu $36,5^0$-$37,5^0$), tidak terjadi infeksi pada perineum (*Redness, Echimosis, Edema, Discharge, Approximation*). Intervensi (NIC) yang akan dilakukan untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum yaitu 1. Observasi tanda-tanda vital, 2. Kaji skala nyeri pasien (PQRST), 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, 4. Berikan terapi kompres dingin pada perineum, 5. Edukasi pada pasien untuk mengganti pembalut 2 jam sekali, 6.

Kaji tanda-tanda infeksi, 7. Kolaborasi dengan bidan untuk pemberian terapi farmakologi untuk mengurangi nyeri (Herdman, 2018).

4.1.2.5 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum selama 3 hari dalam 6x kunjungan dan dilakukan setiap 1 hari sebanyak 2x melakukan kompres dingin selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, dimulai pada tanggal 28 Februari 2020 setiap jam 10.00 WIB dan 15.00 WIB.

Pada hari pertama tanggal 28 Februari 2020 jam 15.00 WIB yaitu mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, memantau tanda dan gejala infeksi, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan kompres dingin menggunakan *ice pack,* menganjurkan klien untuk minum obat yang diberikan oleh bidan. Didapatkan hasil data subyektif klien mau untuk melakukan nafas dalam, klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, klien mengatakan mau untuk minum obat yang diberikan oleh bidan, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 6, *time* : saat bergerak dan didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien meringis kesakitan, klien terlihat menahan nyeri, klien terlihat nyeri saat bergerak, tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea rubra 50cc dan pada luka perineum berbau amis, tampak basah, kemerahan, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, amoxicillin 500 mg.

Pada jam 17.00 WIB dilakukan implementasi yaitu mengobservasi klien agar melakukan teknik nafas dalam secara benar, pada jam 17.05 WIB mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, memantau tanda dan gejala infeksi (*vulva hygine*), dan memberikan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit bertutut-turut

sebanyak 3x. didapatkan hasil subyektif klien mengatakan mau mengulang teknik nafas dalam yang tadi pagi sudah diajarkan jika nyeri timbul, klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum berkurang, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 5, *time* : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan BAK. Data obyektif klien terlihat menahan nyeri jika bergerak, ekspresi wajah meringis kesakitan, tampak terdapat luka perineum, luka tampak basah, bau amis, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh. Pada pukul 17.15 WIB dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5^{0}C, dan respirasi 24x/menit.

Pada hari kedua tanggal 29 Februari 2020 pada jam 10.00 WIB memberikan edukasi kepada pasien tentang *personal hygiene* dengan mengganti pembalut setiap 2 jam sekali , mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, pada jam 10.00 WIB mengkaji tanda gejala infeksi dan melakukan *vulva hygiene* dan melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, menganjurkan klien untuk minum obat yang diberikan oleh bidan, didapatkan hasil data subyektif yaitu pasien mau untuk menjaga kebersihan area vagina dan mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri timbul saat bergerak dan saat BAK, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 5, *time* : saat bergerak dan BAK dan didapatkan hasil data obyektif klien terlihat rileks saat dilakukan kompres dingin, wajah tidak menahan nyeri, dan pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh, lochea rubra 30cc. klien mengatakan nyeri berkurang akan tetapi masih terasa nyeri saat bergerak, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, amoxicillin 500 mg.

Pada jam 15.00 WIB melakukan tindakan implementasi mengkaji skala nyeri klien, menganjurkan klien untuk melakukan nafas dalam jika nyeri timbul, pada jam 15.10 melakukan *vulva hygiene* dan melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit bertutut-turut sebanyak 3x, didapatkan hasil data subyektif *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 3, *tim*e : saat bergerak , klien mengatakan nyaman saat diberikan kompres dingin dan data didapatkan data obyektif klien terlihat rileks saat setelah dilakukan tindakan kompres dingin, pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh pada luka, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5^{0}C, respirasi 22x/menit.

Pada hari ketiga tanggal 1 Maret 2020 pada jam 11.00 WIB melakukan tindakan implementasi mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan pada daerah perineum, menganjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, mengkaji tanda-tanda infeksi dengan melakukan *vulva hygiene*, memberikan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit dilakukan sebanyak 3x berturut-turut, menganjurkan klien untuk minum obat yang diberikan oleh bidan. Didapatkan hasil data subyektif klien mau untuk menjaga kebersihan jahitan pada luka dan akan mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, klien mau untuk di lakukan *vulva hygiene* dan kompres dingin, klien mengatakan sudah minum obat tadi pagi, klien mengatakan nyeri berkurang nyeri yang dirasakan tidak seperti hari pertama dan hari kedua, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 3, *time* : saat BAK dan didapatkan hasil data obyektif klien terlihat rileks, ekspresi wajah klien tidak menahan nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum berbau amis, tampak kering, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh pada luka, lochea rubra kurang lebih sebanyak 30cc.

Pada jam 15.30 WIB melakukan implementasi mengkaji skala nyeri yang dirasakan klien, mengkaji tanda-tanda infeksi dengan melakukan *vulva hygiene*, melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 5 menit sebanyak 3x berturut-turut. Didapatkan hasil data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengatakan jika nyeri timbul melakukan teknik nafas dalam, klien mau di berikan kompres dingin, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 1, *time* : saat BAK dan didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien terlihat rileks tidak menahan nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum berbau amis, tampak kering, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh pada luka, lochea rubra kurang lebih sebanyak 30cc, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5^{0}C, respirasi 22x/menit.

4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari dengan melakukan kompres dingin menggunakan *ice pack*. Asuhan keperawatan yang di mulai pada tanggal 28 Februari 2020 pada jam 08.00 WIB dan dilakukan evaluasi menggunakan metode SOAP.

Pada hari pertama tanggal 28 Februari 2020 dilakukan evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum didapatkan data subyektif klien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, klien mengatakan sudah minum obat tadi pagi, klien mengatakan nyeri jika bergerak, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 6, *time* : saat bergerak terus menerus dan didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien meringis kesakitan, klien terlihat menahan nyeri, klien terlihat nyeri saat bergerak, tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea rubra 50cc dan pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak

ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh pada luka, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, amoxicillin 500 mg, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5^{0}C, dan respirasi 22x/menit.

Pada hari kedua tanggal 29 Februari 2020 pada jam 17.00 WIB dilakukan evaluasi didapatkan data subyektif klien mengatakan pasien mau untuk melakukan nafas dalam jika nyeri timbul, pasien mau untuk mengganti pembalut setiap 2 jam sekali, dan pasien mengatakan nyaman saat di berikan kompres dingin, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan perineum, *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 3, *tim*e : saat bergerak , klien mengatakan nyaman saat diberikan kompres dingin dan data didapatkan data obyektif klien terlihat rileks saat setelah dilakukan tindakan kompres dingin, pada luka perineum berbau amis, tampak basah, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh pada luka, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5^{0}C, respirasi 22x/menit.

Pada hari ketiga tanggal 1 Maret 2020 pada jam 17.00 WIB didapatkan hasil subyektif klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengatakan jika nyeri timbul melakukan teknik nafas dalam, klien mau diberikan kompres dingin, *provocade* : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan (perineum), *quality* : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, *regio* : nyeri bagian perineum, skala : 1, *time* : saat BAK dan didapatkan hasil data obyektif ekspresi wajah klien terlihat rileks tidak menahan nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka perineum berbau amis, tampak kering, klien terlihat sudah minum obat asam mefenamat 500 mg, amoxicillin 500 mg, *redness* : tampak kemerahan, *edema* : tidak ada pembengkakan, *echimosis* : tidak ada memar, *discharge* : tidak ada rembesan, *approximation* : jahitan rapi, jahitan utuh pada luka, lochea rubra kurang lebih sebanyak 40cc, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,6^{0}C, respirasi 22x/menit. *Assessment* masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik teratasi, *planning* pertahankan intervensi.

4.2 Pembahasan

Penulis akan membahas diagnosa keperawatan selama dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.N dan Ny.A dengan aplikasi kompres dingin menggunakan *ice pack* untuk mengurangi nyeri luka perineum pada ibu post partum. Diagnosa yang muncul pada Ny.N dan Ny.A yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Nyeri perineum adalah sumber morbiditas yang sangat bermakna bagi ibu setelah melahirkan, tidak hanya untuk masa pasca peralihan awal namun juga untuk waktu dalam jangka panjang (Bahiyatun, 2009).

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi mengenali masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Darmawan, 2012).

Pengkajian adalah tindakan pengumpulan data yang dilakukan secara observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Hal pertama yang harus dikumpulkan adalah identitas nama pasien meliputi nama, alamat, usia, tempat tanggal lahir, agama, pendidikan, suku bangsa, kemudian kaji keluhan utama, untuk mengetahui masalah terberat yang berhubungan dengan masa nifas yang klien alami, seperti perasaan sakit pada jalan lahir, rasa nyeri pada luka perineum, kaji riwayat kesehatan klien seperti sakit yang parah yang pernah dialami, riwayat obstetrik meliputi jumlah kehamilan, persalinan, dan keguguran (Herdman, 2012).

Pengkajian dilakukan dengan menggunakan 13 Domain NANDA dan pengkajian nyeri yang dilakukan menggunakan pendekatan PQRST (*Provokatif/paliatif,* yaitu apa penyebab keluhan tersebut, *quality* : faktor apa saja yang memperberat dan mengurangi keluhan tersebut, *regio* : dimana keluhan yang dirasakan, *severity* : apakah keluhan tersebut mengganggu aktivitas, jika dibuat skala seberapa parah keluhan tersebut dirasakan, dan *time* : kapan keluhan tersebut mulai muncul,

seberapa sering keluhan itu muncul, apakah keluhan tersebut munculnya tiba-tiba atau bertahap (Asmadi, 2008).

Penulis mengangkat diagnosa nyeri karena klien menunjukan sesuai dengan batasan karakteristik yang didapatkan didalam buku NANDA-1 Diagnosis Keperawatan, seperti ekspresi wajah klien meringis kesakitan menahan nyeri, sikap melindungi area nyeri, serta keluhan intensitas menggunakan standart skala nyeri dan keluhan tentang karakteristik nyeri. Hasil dari pengkajian keperawatan yang didapatkan dari 2 responden tersebut berbeda, pada Ny.N skala nyeri yang dirasakan pada hari pertama post partum dengan keluhan utama klien mengatakan nyeri skala 4 di daerah jalan lahir (perineum) karena post partum, dan keluhan utama yang dirasakan Ny.A mengeluh nyeri di daerah perineum, skala nyeri yang dirasakan skala 6. Dari data-data yang didapatkan dari kedua responden mendukung untuk diangkat masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Herdman, 2018).

4.2.1.1 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga, masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana bersadarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2018).

Pada kedua responden penulis mengangkat diagnosa yang ada didalam kasus ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik ditandai dengan ekspresi wajah meringis kesakitan menahan nyeri, sikap melindungi area nyeri, keluhan tentang intensitas nyeri, laporan tentang perilaku nyeri atau perubahan aktivitas. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dijadikan prioritas diagnosa karena pada saat melahirkan normal terjadi masalah seperti laserasi perineum dan mengakibatkan nyeri akut, sesuai dengan batasan karakteristik yang

didapatkan didalam buku NANDA-1 Diagnosis Keperawatan yaitu ekspresi wajah menahan nyeri, sikap tubuh melindungi area nyeri, nyeri jika bergerak, keluhan tentang intensitas nyeri, laporan tentang perilaku nyeri atau perubahan aktivitas (Herdman, 2018).

Post partum normal mengakibatkan terjadi perubahan yaitu perubahan fisiologi dan perubahan psikologi. Perubahan fisiologi terjadi pada vagina dan perineum kemudian menyebabkan rupture jaringan / laserasi. Laserasi terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Maka akan terjadi terputusnya kontiunitas jaringan kemudian muncul masalah nyeri akut. Nyeri merupakan fenomena yang mencakup baik komponen sensoris-diskriminatif dan motivasional-afektif. Komponen sensoris-diskriminatif nyeri bergantung pada proyeksi traktus ke atas (termasuk traktus spinotalamikus dan trigeminotalamikus) menuju korteks serebral. Pemprosesan sensoris pada tingkatan-tingkatan yang lebih tinggi ini menghasilkan persepsi kualitas nyeri (tusukan, terbakar, sakit), lokasi rangsangan nyeri, dan intensitas nyeri. Respon motivasional-afektif terhadap rangsangan nyeri mencakup perhatian dan bangkitan, refleks somatik dan otonom, respon endokrin, dan perubahan emosional. Hal ini menjelaskan secara kolektif untuk sifat tidak menyenangkan dari rangsangan yang menyakitkan (Huy Yang, 2016).

Laserasi perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus diperhatikan yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (*rupture uteri).* Perdarahan dapat berbentuk hematoma dan robekan jalan lahir yang dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah vena. Dampak dari laserasi perineum dapat menimbulkan berbagai masalah seperti kesakitan atau nyeri, resiko infeksi, dan rasa takut untuk bergerak yang dapat mengakibatkan masalah seperti sub involusi uterus, pengeluaran lochea tidak lancar, dan pendarahan pasca partum. Nyeri perineum merupakan nyeri yang dirasakan oleh

ibu post partum pada bagian perineum disebabkan oleh luka jahitan pada waktu melahirkan karena adanya jaringan yang terputus (Prawiroharjo, 2011).

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dapat dijadikan prioritas diagnosa utama karena pada ibu post partum dampak yang dirasakan setelah melahirkan adalah nyeri yang ditimbulkan akibat laserasi perineum, serta menurut beberapa dasar pertimbangan yang dipakai untuk menetapkan nyeri menjadi prioritas antara lain menurut Hierarki Maslow nyeri masuk kedalam tahapan kebutuhan fisiologis, saat kebutuhan fisiologis terpenuhi selanjutnya yang harus dipenuhi adalah kebutuhan terkait keamanan dan perlindungan termasuk rasa nyeri. Rasa nyeri yang tidak diatasi dapat mengganggu sistem lainnya dan dapat menimbulkan masalah baru seperti gangguan pola tidur, hambatan mobilitas fisik, dan mengakibatkan ketidaknyamanan untuk ibu maka nyeri akut harus segera diatasi salah satunya dengan terapi non farmakologi yaitu aplikasi kompres dingin untuk mengurangi nyeri luka perineum.

Pemenuhan yang baik terhadap nyeri tidak dapat mengurangi, menurunkan, menghilangkan nyeri, tetapi juga meningkatkan mobilisasi lebih awal, membantu klien bekerja lebih dini, memperpendek masa hospitalisasi, nyeri yang tidak dapat diatasi atau dikontrol pada ibu post partum dapat menyebabkan keletihan, kecemasan, dan persepsi nyeri yang memburuk, sehingga mobilisasi dini terhambat, laktasi terhambat, kecewa karena ketidaknyamanan, gangguan pola tidur, dan bila nyeri berkepanjangan akan meningkatkan risiko post partum blues (Rochmat, 2009).

4.2.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperwatan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. Intervensi yang penulis terapkan pada Ny.N dan Ny.A dengan masalah nyeri akut adalah memberikan kompres dingin (Darmawan, 2012).

Prinsip rencana tindakan keperawatan dari studi kasus ini adalah untuk mengurangi stimulus nyeri luka perineum pada ibu post partum secara non farmakologi dengan aplikasi kompres dingin. Nyeri dapat dikendalikan dengan 2 metode yaitu farmakologis dan non farmakologis. Metode penghilang rasa nyeri secara farmakologis adalah metode penghilang menggunakan obat-obatan kimiawi, antara lain dengan menggunakan analgesi inhalasi, sedangkan metode nonfarmakologis adalah metode penghilang rasa nyeri secara alami tanpa menggunakan obat-obatan kimiawi. Manajemen nyeri dengan tindakan kompres dingin merupakan metode yang tepat diterapkan untuk membantu kenyamanan pada ibu nifas untuk mengurangi rasa nyeri. Manfaat kompres dingin diantaranya adalah mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga dapat mengurangi resiko perdarahan dan oedema, kompres dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat hantaran saraf sehingga implus nyeri yang mencapai otak akan lebih sedikit. Mekanisme lain yang mungkin bekerja adalah bahwa kompres dingin menjadi dominan dan mengurangi rasa nyeri (Judha, 2012).

Hal ini juga didukung oleh Kozier (2009) dengan judul "Pengaruh *Ice Pack* Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pada Ibu Post Episiotomi" bahwa terapi *ice pack* dapat memperlambat implus saraf sehingga menyebabkan mati rasa. Kompres dingin atau *cold therapy* merupakan modalitas terapi fisik yang menggunakan sifat fisik dingin untuk terapi berbagai kondisi, termasuk pada nyeri luka perineum. Kompres dingin bekerja menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri. Terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi implus yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga gerbang akan menutup dan implus nyeri terhalangi. Nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang untuk sementara waktu. Tujuan dilakukannya kompres dingin yaitu untuk mengurangi inflamasi yang terjadi pada tempat yang terserang nyeri sehingga sensasi pasien dapat berkurang (Nurchairiah, 2014).

Dalam bidang kedokteran, kompres dingin banyak digunakan untuk mengurangi rasa nyeri. Pada aplikasi dingin memberikan efek fisiologis yakni menurunkan respons inflamasi, menurunkan aliran darah dan mengurangi edema, mengurangi rasa nyeri lokal. Teknik ini berkaitan dengan *teori gate control* dimana stimulasi kulit berupa kompres dingin dapat mengaktivasi transmisi serabut saraf sensorik A-Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Sehingga menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dengan diameter yang kecil (Purnamasari, 2014).

Kriteria hasil dari aplikasi kompres dingin yaitu untuk mengurangi nyeri pada perineum, agar ibu post partum menjadi lebih nyaman saat setelah melahirkan. Kompres dingin dengan menggunakan ice pack dapat diberikan selama 3 hari dalam waktu 15 menit sebanyak 2 kali dalam sehari dengan suhu 13^0C (Kuncahyana, 2013). Tujuan dan kriteria hasil (NOC) yang diharapkan setelah dilakukan intervensi adalah nyeri berkurang (1-2), klien mampu mengenali dan mengontrol nyeri, TTV dalam batas normal (Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, RR 16-24, suhu $36,5^0$-$37,5^0$), tidak terjadi infeksi pada perineum (*Redness, Echimosis, Edema, Discharge, Approximation)* (Herdman, 2018).

4.2.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan serta perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Herdman, 2018). Berdasarkan prinsip implementasi keperawatan yaitu upaya untuk mengurangi stimulus nyeri maka implementasi yang dilakukan penulis yaitu menerapkan aplikasi kompres dingin. Kompres dingin bekerja menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri. Kompres dingin yang diberikan akan mempengaruhi implus yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga gerbang akan menutup dan implus nyeri terhalangi. Nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang untuk sementara waktu. Tujuan dilakukannya kompres dingin yaitu untuk mengurangi inflamasi yang terjadi pada tempat yang terserang nyeri sehingga sensasi pasien dapat berkurang (Nurchairiah, 2014).

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah kompres dingin. Kompres dingin dapat dilakukan dengan posisi ibu santai dengan kaki ditekuk atau punggung posisi berbaring, kemudian membersihkan luka perineum terlebih dahulu, tindakan kompres dingin ini bisa dilakukan dengan membalut ice pack menggunakan kain lap dan diulang 3 kali kompres selama 10-15, kemudian mengukur suhu menggunakan thermometer, suhu yang dianjurkan adalah 13^0C (Purwaningsih, 2015).

Pemberian tindakan non farmakologi yang diterapkan pada Ny.N dan Ny.A dengan menggunakan aplikasi kompres dingin bertujuan mengurangi stimulus nyeri. Kompres dingin adalah memberikan rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga memberi efek rasa dingin. Tujuan diberikan untuk menghilangkan rasa nyeri akibat edema atau trauma, mempersempit pembuluh darah, dan mengurangi arus darah lokal (Zakiyah, 2015). Kompres dingin dilakukan dengan cara mengukur suhu es dengan menggunakan thermometer air raksa, kemudian mengkaji tanda dan gejala infeksi, dan memberikan kompres dingin pada daerah perineum. Kompres dingin dapat mengurangi masalah nyeri pada ibu post partum dengan laserasi perineum karena kompres dingin dapat memberikan rasa kebas (mati rasa), dan mempersempit pembuluh darah sehingga mengurangi arus darah lokal. Implementasi yang dilakukan selama 3 hari pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik yaitu sesuai dengan intervensi yang ditetapkan yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor pencetus, memberikan terapi non farmakologi seperti kompres dingin (Purnamasari, 2014).

Respon pada kedua responden yaitu Ny.N dan Ny.A didapatkan bahwa kompres dingin dapat mengurangi stimulus nyeri akibat luka perineum. Pada hari pertama implementasi yang dilakukan pada Ny.N dan Ny.A yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif, mengajarkan teknik nafas dalam, mengkaji tanda-tanda infeksi (melakukan *vulva hygiene*), dan memberikan kompres dingin selama 5 menit

dilakukan sebanyak 3x berturut-turut. Didapatkan hasil hari pertama dari Ny.N adalah skala nyeri yang dirasakan adalah skala 4 kemudian setelah diberikan apikasi kompres dingin skala nyeri berkurang menjadi 3, kemudian pada hari kedua skala nyeri 3 menjadi skala 2, dan pada hari terakhir skala nyeri yang dirasakan dari skala 2 menjadi 1. Sedangkan, pada hari pertama didapatkan hasil dari Ny.A skala nyeri yang dirasakan skala 6 kemudian setelah diberikan aplikasi kompres dingin menjadi skala 5, pada hari kedua skala nyeri Ny.A dari 5 menjadi skala 3, dan pada hari terakhir skala nyeri yang dirasakan Ny.A adalah 3 menjadi 1.

Hal ini dapat dibuktikan bahwa aplikasi kompres dingin dapat mengurangi stimulus nyeri yang dirasakan pada ibu post partum dengan tindakan kompres dingin merupakan metode yang tepat diterapkan untuk membantu kenyamanan pada ibu nifas untuk mengurangi rasa nyeri. Manfaat kompres dingin diantaranya adalah mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga dapat mengurangi resiko perdarahan dan oedema, kompres dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat hantaran saraf sehingga implus nyeri yang mencapai otak akan lebih sedikit. Mekanisme lain yang mungkin bekerja adalah bahwa kompres dingin menjadi dominan dan mengurangi rasa nyeri (Judha, 2012).

4.2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah Metode SOAP (*subyektif, obyektif, assessment,* dan *planning*). Subyektif berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien, dan didapatkan dari wawancara. Obyektif didapatkan dari hasil pengamatan, ekspresi klien, kajian teknologi. Diagnosa yang ditegakan berdasarkan data dan informasi subyektif dan obyektif, planning adalah membuat rencana tindakan untuk mencapai kondisi pasien terbaik (Herdman, 2018).

Evaluasi keperawatan pada Ny.N dan Ny.A dilakukan selama 3 hari berturut-turut, dilakukan penerapan teknik nafas dalam klien mengatakan nyeri berkurang hanya sebentar berkisar waktu 1 jam sedangkan setelah dilakukan terapi kompres dingin selama 3 hari berturut-turut selama 15 menit sebanyak 3x klien mengatakan nyeri

berkurang dan dapat dilihat ekspresi klien terlihat rileks dan nyaman saat diberikan terapi kompres dingin. Evaluasi pada hari ketiga pada Ny.N didapatkan hasil skala nyeri yang dirasakan klien dari skala 2 menjadi 1, sedangkan pada Ny.A didapatkan hasil skala nyeri 3 menjadi skala 1. Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa kompres dingin dapat mengurangi nyeri. Berdasarkan hasil distribusi rata-rata intensitas nyeri luka perineum sebelum dan setelah diberikan kompres dingin menunjukan nilai rata-rata intensitas nyeri sebelum diberikan kompres dingin adalah 4,80 dan setelah diberikan terapi kompres dingin terjadi penurunan intensitas nyeri dengan nilai rata-rata 1,33 hal tersebut dapat dibuktikan bahwa kompres dingin dapat mengurangi nyeri sesuai dengan tujuan yang diharapkan yaitu nyeri berkurang (Susilawati & Ilda, 2019).

Masalah nyeri akut yang terjadi pada Ny.N dan Ny.A dapat dikatakan teratasi karena pada kriteria hasil menyebutkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil yaitu nyeri berkurang menjadi skala (1-2), klien mampu mengenali dan mengontrol nyeri, ekspresi wajah klien tidak menahan nyeri, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, respirasi 16-24, suhu $36,5^0$-$37,5^0$), hal ini terjadi karena penulis sudah menggunakan SOP (standar operasional prosedur) yang benar, klien terlihat kooperatif saat diberikan tindakan kompres dingin dan keluarga mendukung saat akan dilakukan tindakan keperawatan, serta setelah pemberian terapi kompres dingin didapatkan hasil dari kedua responden yaitu Ny.N dan Ny.A mengatakan skala nyeri yang dirasakan berkurang tidak seperti sebelum dilakukan pemberian terapi kompres dingin, ekspresi wajah klien tidak menahan nyeri seperti sebelum dilakukan terapi kompres dingin, klien mampu mengenali nyeri jika nyeri timbul dan klien mampu mengatasi nyeri dengan menggunakan teknik non farmakologi nafas dalam. Kondisi ini mengindikasikan bahwa dengan terapi kompres dingin dapat menurunkan nyeri pada ibu post partum setelah melahirkan yang menglami nyeri akibat laserasi perineum.

Pada hari ketiga skala nyeri Ny.N dan Ny.A menjadi skala 1 dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang skala 1, klien mampu mengenali nyeri, ekspresi

wajah klien tidak menahan nyeri, klien dapat mengontrol nyeri, TTV dalam batas normal, tidak terjadi infeksi pada perineum (Herdman, 2018).

4.3 Keterbatasan

Keterbatasan dalam pelaksanaan studi kasus ini yang dilakukan pada Ny.N dan Ny.A adalah Ny.N dan Ny.A merupakan ibu primipara dan awalnya cenderung menolak jika dilakukan tindakan kompres dingin dan dokumentasi keperawatan seperti foto. Ny.N dan Ny.A merasa tidak nyaman karena jika dilakukan tindakan keperawatan oleh orang yang baru saja dikenal dan merasa malu, saat berada dirumah Ny.A tidak ada yang membantu untuk menjaga bayi nya dan saat sudah kontrak dengan pasien terkadang pasien tidak berada dirumah.

BAB 5
PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian yang dilakukan pada klien dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik adalah menggunakan pengkajian 13 Domain NANDA dan pendekatan PQRST saat dilakukan pengkajian skala nyeri klien adalah skala 4 dan 6.

5.1.2 Diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

5.1.3 Prinsip intervensi keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik yaitu dengan terapi non farmakologi untuk mengurangi stimulus nyeri luka perineum pada ibu post partum dengan aplikasi kompres dingin

5.1.4 Prinsip implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum adalah untuk mengurangi stimulus nyeri dengan cara menerapkan aplikasi kompres dingin menggunakan *ice pack* selama 15 menit dalam 3 hari secara berturut-turut.

5.1.5 Evaluasi keperawatan dilakukan hari ketiga didapatkan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada luka perineum adalah masalah teratasi dengan penurunan nyeri dari skala 4 dan 6 menjadi skala 1.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran antara lain :

5.2.1 Bagi Klien

Ibu post partum spontan dengan luka perineum diharapkan dapat menerapkan aplikasi kompres dingin untuk mengurangi nyeri.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Bagi mahasiswa diharapkan dapat menjadi acuan dalam proses pembelajaran, dan menjadi salah satu referensi mengurangi nyeri luka perineum dengan teknik non farmakologi kompres dingin.

5.2.3 Bagi Profesi Keperawatan

Perawat diharapkan dapat menjadi acuan sebagai intervensi mandiri dalam meningkatkan mutu kesehatan ibu post partum spontan menggunakan kompres dingin untuk mengurangi nyeri.

5.2.4 Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dapat menjadi inspirasi untuk tindakan non farmakologi dalam asuhan keperawatan ibu post partum spontan dengan luka perineum menggunakan kompres dingin dalam masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Adam, M. 2019. [Online] Januari 31, 2019. http://www.biologi.com

al., Mahishale et. 2013. Effect of Therapeutic Ultrasound and Maternal Cooling Gel Pad for Perineal Pain Following Vaginal Delivery with Episiotomy. s.l. : J Women's Health Care , 2013.

Ali, Z. 2009. Dasar - Dasar Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : EGC, 2009.

Andormoyo. 2009. Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : EGC , 2009.

Anggraini, Y. 2010. Asuhan Kebidanan Masa Nifas . Yogyakarta : Rihama , 2010.

Asmadi, M. 2008. Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta : Salemba Medika, 2008.

Bahiyatun. 2009. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal . Jakarta : EGC , 2009.

Black, J H Hawks & M J. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah* . s.l. : CV Pentasada Media Edukasi , 2014.

Cunningham, F.G. 2012. *Obstetri Williams* . Jakarta : EGC, 2012.

Damayanti, I.P. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir.* Yogyakarta : Deepbubish, 2014.

Darmawan. 2012. *Waspadai Gejala Penyakit Mematikan* . Jakarta : ORYZA , *2012*.

Hanifa.Wiknjosastro. 2010. *Ilmu Kandungan.* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2010.

Herdman. 2012. *Nanda Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi.* 2012.

Herdman, Heather T. 2018. *NANDA International nursing diagnosis : definitions and classification.* Jakarta : EGC, 2018.

Hidayat, A A. 2010. *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data* . Jakarta : Salemba Medika , 2010.

Huy Yang, Bihua Bie, Mohamed A.Naguib. 2016. *Flood P, Rathmell JP, Shafer S.Stoelting's Pharmacology & Physiology inAnesthetic* . s.l. : Wolter Kluwer Health , 2016. 206-216.

Ilda Raniva Wita, Susilawati Elly. 2019. Pekan baru : JOMIS(Journal Of Midwifery Science), 2019, Vol. 3.

JNPK-KR. 2014. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir* . Jakarta : Depkes RI , 2014.

Judha, Mohammad. 2012. *Teori Pengukuran Nyeri dan Nyeri Persalinan.* Jakarta : Nuha Medika, 2012.

Kozier, et al. 2009. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Edisi 5.* Jakarta : EGC, 2009.

Kuncahyana, dkk. 2013. *Pengaruh Nyeri Episiotomi Ibu Nifas terhadap Psikologis* . 2013.

Lapau, B. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan : Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi.* Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia , 2012.

Mander, R . 2003. *Nyeri Persalinan* . Jakarta : EGC, 2003.

Manuba. 2013. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Edisi 2.* Jakarta : EGC , 2013.

Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas. "Peurperium Care".* Yogyakarta : Pustaka Pelajar , 2012.

Mitayani. 2010. Asuhan Keperawatan Maternitas. [Online] 2010. Retrived from https://edoc.site/lp-persalinan-normal--pdf-free.html.

Nurchairiah, Andi. 2014. *Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Luka Perineum di Ruang Dahlia RSUD Arifin Achmad* . Pekanbaru,Riau : s.n., 2014.

Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis.* Jakarta : Salemba Medika, 2016.

Pitriani, R. 2010. *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Nifas Normal (Askeb III)* . Yogyakarta : Deepublish , 2010.

Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Pelayanan Kesehataan Maternal dan Neonatal* . Jakarta : s.n., 2002.

Prawiroharjo, S. 2011. *Ilmu kebidanan* . Jakarta : Yayasan Bina Pustaka , 2011.

Purnamasari, Elia. 2014. *Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri di RSUD Ungaran. Jawa Tengah:STIKES Telogorejo Semarang* . Semarang : s.n., 2014.

Redeer, S. 2011. *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan keluarga* . Jakarta : (E.A.Mardella,Ed) , 2011.

Rochmat, R.,. 2009. *Nyeri.* Jakarta : s.n., 2009.

Saleha, S. 2009 . *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas* . Jakarta : Salemba Medika , 2009.

Sarwono, Prawirohadjo. 2014. *Ilmu Kebidanan Edisi Ketiga* . Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohadjo, 2014.

Supardi, D. 2013 . *Statistik Penelitian dan Pendidikan* . Jakarta : Change Publication , 2013 .

WHO. 2015. Washington DC : General information program and health profile., 2015.

Wiknjosastro, Hanifa. 2010. *Ilmu Kandungan* . Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2010.

Zakiyah, A. 2015. *Konsep dan Penatalaksanaan dalam Praktik Keperawatan Berbasis Bukti.* Jakarta : s.n., 2015.