

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Berikut adalah instrumen dari pengkajian:

a. Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, pekerjaan, umur, agama, suku bangsa, alamat.

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu bersalin yaitu nyeri pada saat bersalin

c. Riwayat kesehatan, perkawinan, dan persalinan

d. Riwayat kesehatan sekarang faktor nyeri persalinan (Lubis dan Anggraeni, 2021).

e. Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji apakah ibu bersalin mempunyai penyakit paru, ginjal, jantung, hipertensi, dan diabetes melitus

f. Riwayat Kesehatan keluarga

Menanyakan apakah dalam keluarga ibu menyusui ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis, diabetes, dan penyakit lain yang mungkin dapat menular.

g. Riwayat Perkawinan

Menanyakan pada ibu apakah menikah atau tidak, berapa kali menikah, dan berapa lama menikah

h. Riwayat Persalinan

Menanyakan tentang tanggal bersalin, jenis persalinan, jenis kelamin bayi, dan kondisi bayi. Digunakan untuk mengetahui apakah dalam

proses bersalin terdapat masalah atau tidak sehingga dapat mempengaruhi masa nifas termasuk proses menyusui

i. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi meliputi usia menarche, keteraturan siklus menstruasi, *dismenore*, dan keluhan yang dirasakan ketika menstruasi (Astutik & Purwandari, 2021).

j. Riwayat kehamilan

Kaji adanya gangguan selama kehamilan seperti perdarahan hipertensi dan lain-lain

k. Riwayat KB

Kaji jenis alat kontrasepsi yang digunakan, apakah ibu pernah mengganti kontrasepsi lain, lama penggunaannya, keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, dan alasan berhenti menggunakan KB (Aisyah et al., 2020).

Pada ibu bersalin perlu memperhatikan jenis alat kontrasepsi yang digunakan metode kontrasepsi sebelum atau selama kehamilan (misalnya pil KB, suntik KB, IUD, implant, kondom, atau lainnya) (Bingan, 2021).

f) Pemeriksaan fisik menurut (Astuti et al., 2020).

- 1) Keadaan umum identifikasi keadaan ibu secara umum, apakah ibu mengeluh kelelahan ataukah dalam kondisi bugar.
- 2) Pemeriksaan TTV. identifikasi tanda vital meliputi nadi, suhu, tekanan darah, sertarepository rite secara berkala pada jam pertamasetelahpersalinan, kemudian setiap 30 menit untuk jam-jam setelahnya. Kemudian, untuk Nadi serta Suhu diatas standar bisa menunjukkan kemungkinan terjadinya infeksi.
- 3) Pemeriksaan kepala
 - a) Mata konjungtiiva anemis atau tidak
 - b) Hidung. Tanyakan apakah ibu menderita pilek atau sinusitis.
 - c) Telinga. Identifikasi apakah ibu menderita infeksi atauu adanya peradangan pada telinga.

- d) Mulut dan Gigi. Tanyakan terhadap ibu mengenai adanya stomatitis.
 - e) Leher Identifikasi terjadinya pembesaran pada kelenjar limfe serta kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan Payudara
- a) Payudara
Lihat ukuran, bentuk, kesimetrisan, warna kemerahan pada kulit payudara, bentuk dan permukaan payudara. Jika permukaannya tidak rata semacam putus asa, retraksi atau adanya luka pada kulit payudara dan perlu diwaspadai adanya tumor
 - b) Areola
Lihat areola mengenai bentuk, ukuran serta kerataan. Areola biasanya lebih luas serta semakin lebih hitam karena hiperpigmentasi saat kehamilan
 - c) Putting
Lihat bentuk, ukuran, serta lecet atau luka pada puting pada ibu post partum. Ukuran puting berubah namun tidak terlalu penting. Karena, keadaan putting misalnya datar, normal panjang ataupun tenggelam bisa mempengaruhi kesiapan ibu terhadap siklus menyusui.
 - d) Palpasi
Payudara bertujuan melihat apakah pembengkakan pada payudara, palpasi payudara apakah ada massa, dan kaji pengeluaran colostrum, colostrum akan bertambah pada hari ke 2 atau hari ke 3.

5) Pemeriksaan abdomen

Ketika pemeriksaan tinggi Fundus Uteri posisinya yaitu supinasi dengan kaki sedikit di tekuk.

a) Keadaan

Identifikasi adanya striae serta linea alba. Identifikasi kondisi abdomen, apakah keras atau lembek

b) *Diastasis Rektus Abdominis (DRA)*

Diastasis rektus abdominis atau *DRA* yaitu regangan pada otot *rectus abdominis* yang diakibatkan oleh pembesaran uterus. Diastasis tidak bisa menyatu kembali seperti pre-hamil, tetapi bisa mendekat melalui memotivasi ibu terhadap senam nifas. Jika akan melakukan palpasi, minta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal, letakkan jari tangan pemeriksa dibawah pasien dan minta ibu untuk mengangkat kepala (tanpa bantal atau lainnya).

c) Fundus Uteri

Pemeriksaan fundus uteri pada ibu bersalin penting untuk mengetahui apakah proses involusi uteri berjalan normal

d) Kandung kemih

Kaji dan palpasi kandung urin pada kandung kemih. Kaji tingkat distensi pada kandung kemih selama 8 jam.

6) Pemeriksaan Genital)

a) Inspeksi adanya edema pada banyak urin, edema terhadap traktus urinarius bisa menyebabkan penyumbatan obstruksi dari uretra dengan tujuan agar terjadinya retensi urin.

7) Pemeriksaan perineum dan rectum

a) Memposisikan klien dan kaji keutuhan perineum, akankah utuh, apakah ada luka episiotomy atau luka *laserasi/rupturee*

b) Identifikasi luka episiotomy serta kondisi jahitan, kaji tanda-tanda REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*)

(1) *Redness*: kemerahan

(2) *Edema*: bengkak

(3) *Ecchymosis*: kebiruan

(4) Discharge: nanah

(5) Approximation: penyatuan

- c) Identifikasi ada atau tidaknya hemoroid, hemoroid derajat 1 normal terhadap ibu post partum.

8) Pemeriksaan ekstremitas

Identifikasi ada atau tidaknya varises, kaji adanya edema, dan evaluasi adanya tanda horman

Pengkajian Pola Fungsional Gordon

- a) Pola manajemen kesehatan dan persepsi kesehatan
Mengetahui persepsi sehat dan sakit bagi klien, serta untuk mengetahui pengetahuan klien terhadap kondisi kesehatannya saat ini (Aliyah, 2021).

b) Pola metabolik-nutrisi

Jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi, pola makan dan minum, faktor pencernaan (nafsu makan, mual atau muntah, pembatasan makanan, alergi makanan). Pola metabolik dan nutrisi pada ibu menyusui harus diperhatikan karena berpengaruh terhadap banyak sedikitnya ASI yang dihasilkan (Sanima, Utami & Lasri., 2017)

c) Pola eliminasi

Menggambarkan pola buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) yang meliputi frekuensi, konsistensi, jumlah, warna, dan bau (Mansyur & Dahlan, 2014).

d) Pola aktivitas-latihan

Pengkajian pola aktivitas-latihan bertujuan untuk mengetahui apakah klien dapat melakukan aktivitas klien sehari-hari secara mandiri atau dengan bantuan orang lain maupun alat (Aliyah, 2021).

e) Pola istirahat-tidur

Untuk mengkaji waktu istirahat klien sehingga dapat diketahui ada tidaknya gangguan pola istirahat. Ibu siap bersalin biasanya akan mengalami gangguan pola tidur karena ibu sering terbangun apabila nyeri pada punggung terasa(Windayanti, Fitria & Sofiyanti., 2020).

f) Pola persepsi-kognitif

Menggambarkan tentang indera khusus (penglihatan, penciuman, pendengaran, peraba). Pada klien yang akan melakukan persalinan apakah ada gangguan rasa cemas yang dapat membuat ibu takut untuk bersalin (Aliyah, 2021).

g) Pola konsep diri-persepsi diri

Pola konsep diri-persepsi diri menggambarkan tentang keadaan sosial dan keadaan fisik klien yang berkaitan dengan harga diri klien. Kaji tentang perasaan klien terhadap perubahan tubuh (Aliyah, 2021).

h) Pola hubungan-peran

Menggambarkan tentang hubungan klien dengan keluarga, teman, maupun masyarakat di sekitarnya. Lakukan pengkajian tentang dukungan yang diberikan oleh keluarga maupun orang terdekat kepada klien. Dukungan yang diberikan oleh orang-orang terdekat dapat mempercepat adaptasi klien pada ibu bersalin (Mansyur & Dahlan, 2021).

i) Pola reproduksi-seksualitas

Masalah atau perhatian seksual, menstruasi, jumlah anak, jumlah suami/istri, gambaran perilaku seksual, pengetahuan tentang seksualitas dan reproduksi, efek terhadap kesehatan (Aliyah, 2021).

j) Pola toleransi terhadap stress-koping

Menggambarkan tentang tingkat stress yang dialami klien serta cara yang dilakukan klien untuk mengatasi stress yang

dialami saat ini. Stess yang dialami oleh klien akan menghambat proses persalinan yang dapat mempengaruhi lamanya persalinan (Mansyur & Dahlan, 2022).

k) Pola keyakinan-nilai

Menggambarkan tentang agama yang dianut oleh klien serta keyakinan dalam budaya yang dapat mempengaruhi kesehatan klien seperti mitos, larangan, dan adat (Aliyah, 2021)

l) Pemeriksaan Laboratorium

m) Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan menghubungkan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan (palupi, 2023)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses klinis yang melibatkan identifikasi respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial. Proses ini dimulai dengan pengumpulan data komprehensif melalui pengkajian, yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Data yang terkumpul kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi pola atau masalah kesehatan yang memerlukan intervensi keperawatan. Setelah masalah diidentifikasi, perawat merumuskan diagnosis keperawatan yang spesifik, yang menjadi dasar dalam merencanakan dan melaksanakan intervensi yang tepat guna mencapai hasil kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan berbeda dari diagnosis medis; fokusnya adalah pada respons pasien terhadap kondisi kesehatan, bukan pada penyakit itu sendiri.

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis keperawatan aktual merupakan diagnosis yang menjelaskan suatu masalah yang nyata terjadi saat ini atau juga suatu respons pasien/klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan.

b. **Diagnosis Risiko**

Diagnosis keperawatan risiko merupakan keputusan klinis bahwa individu, keluarga dan komunitas sangat rentan dapat mengalami suatu masalah dibandingkan yang lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosis keperawatan juga merupakan keputusan klinis yang divalidasi oleh faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. **Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis keperawatan promosi kesehatan kemungkinan adanya keinginan dan juga motivasi seorang klien untuk dapat meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat lebih baik atau optimal dengan kondisi yang terjadi pada saat ini.

Berikut masalah yang dapat muncul pada ibu bersalin

- 1) Nyeri persalinan berhubungan dengan dilatasi serviks
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan Keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2020).

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu :

- a. S : *Spesific* (Tidak memberikan makna ganda)
- b. M : *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
- c. A : *Achievable* (secara realistis dapat dicapai)
- d. R : *Reasonable* (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
- e. T : *Time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan						
		Luaran keperawatan					Intervensi keperawatan	
1	Nyeri Persalinan (D.0079) Definisi : Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan Nyeri persalinan (D.0079) b.d.dilatasi serviks Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri 2. Perineum terasa tertekan Objektif : 1. Ekspresi wajah Meringis. 2. Berposisi meringankan nyeri 3. Uterus teraba membulat Gejala dan tanda minor	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil :					Nyeri persalinan (L.03134) Observasi : 1 Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2 Identifikasi sakala nyeri 3 Identifikasi skala nyeri non verbal 4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6 Identifikasi pengaruh budaya terhdap respon nyeri 7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur,	
			Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun		Menurun
		Keluhan myeri	1	2	3	4		5
		Meringis	1	2	3	4		5
		Sikap protektif	1	2	3	4		5
		Gelisah	1	2	3	4		5
		Kesulitan tidur	1	2	3	4		5
		Menarik diri	1	2	3	4		5
		Berfokus pada diri	1	2	3	4		5

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan						
		Luaran keperawatan					Intervensi keperawatan	
	Subjektif 1. Mual 2. Nafsu makan menurun/meningkat	sendiri						terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri misalnya (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 12 Fasilitas istirahat dan tidur 13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15 Jelaskan strategi meredakan nyeri 16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi
	Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Ketegangan otot meningkat 4. Ia tidur berubah 5. Fungsiberkemih berubah 6. Diaforesis 7. Gangguan perilaku 8. Perilaku ekspresif 9. Pupil dilatasi 10. Muntah 11. Fokus pada diri	Diaforesis	1	2	3	4	5	
	Perasaan Depresi (tertekan)	1	2	3	4	5		
	Perasaan takut mengalami cedera	1	2	3	4	5		
	Anoreksia	1	2	3	4	5		
	Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5		
	Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5		
	Ketegangan otot	1	2	3	4	5		

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan								
		Luaran keperawatan					Intervensi keperawatan			
		Pupil dilatasi	1	2	3	4	5	19 Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu		
		Muntah	1	2	3	4	5			
		Mual	1	2	3	4	5			
			Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik			
		Frekuensi nadi	1	2	3	4	5			
		pola napas	1	2	3	4	5			
		Tekanan darah	1	2	3	4	5			
		Proses berfikir	1	2	3	4	5			
		Fokus	1	2	3	4	5			
		2	Pola napas tidak efektif Definis inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memeberiika ventilasi	Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kriteria hasil: pola napas(L01004)					Observasi 1.Monitor pola napas(frekuensi,kedalaman,usaha napas 2.Monitor bunyi napas(mis,gurling,mengi,ehezing	
					Menurun	Cukup Menurun	Sedang			Cukup Meningkatkan

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan						
		Luaran keperawatan					Intervensi keperawatan	
	adekuat (D0005) pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (mis, nyeri saat bernapas kelemahan otot pernapasan) Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Dispnea Objektif 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (mis, takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kuss maul, cheyne-stokes) Gejala dan tanda minor Subjektif 1.Ortopnea Objektif	Ventilasi semenit	1	2	3	4	5	,ronkhi kering 3.Monitor sputum(jumlah,warna,aroma) Terapeutik 1.Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift(jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2.Posisikan semi-fowler atau fouler 3.Berikan minum hangat 4.Lakukan fisioterapi dada,jika perlu 5.Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15detik 6.lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7.Kluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8.Berikan oksigen jika perlu Edukasi 1.Anjurkan asupan cairan 2000ml/jika tidak kontraindikasi 2.Ajarkan teknik batauk efektif Kolaborasi 1.Kolaborasi pemeberian
		Kapasita vital	1	2	3	4	5	
		Diameter thoraks anterior posteilor	1	2	3	4	5	
		tekanan ekspirasi	1	2	3	4	5	
		tekanan insipirasi	1	2	3	4	5	
		Ventilasi semenit	1	2	3	4	5	
			meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	menurun	
		Dispnea	1	2	3	4	5	
		Penggunaa	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan						
		Luaran keperawatan					Intervensi keperawatan	
	1.Pernapasa pursep-lip 2.pernapasan cuping hidung 3.Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4.Ventilasi semenit menurun 5.Kapasitas vital menurun 6.Tekanan ekspirasi menurun 7.Tekanan insirasi menurun 8.Ekskursi darah berubah	n otot bantu napas						bronkodilator,ekspetoran,mukolitik,jika perlu.
		Pemanjangan fase ekpitasi	1	2	3	4	5	
		Ortopnea	1	2	3	4	5	
		Pernapasan pursed-tip	1	2	3	4	5	
		Pernapasan cuping hidung	1	2	3	4	5	

3. Implementasi

Implementasi merupakan salah satu bagian dalam proses keperawatan dengan melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan dan disesuaikan dengan intervensi atau perencanaan dan perwujudan dari tahap perencanaan yang telah dibuat tujuannya untuk mencapai tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan.

4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap yang paling akhir dalam proses keperawatan, dimana perawat melakukan penilaian apakah tujuan ataupun kriteria hasil yang telah ditentukan tercapai atau tidak. Pengisian format yang dipakai adalah SOAP. SOAP adalah yang terdiri dari S (*subjective*) adalah keluhan pasien saat ini yang didapatkan dari anamnesa, O (*objective*) adalah hasil pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan tanda-tanda vital, skala nyeri dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya, A (*assesment*) adalah penilaian keadaan tentang diagnosa yang terdapat pada klien dari menggabungkan penilaian *subjektif* dan *objektif*, P (*planning*) berisi tentang rencana selanjutnya terkait diagnosa klien (Suhermi, 2019)

B. Konsep Teori

1. Konsep Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan yaitu proses fisiologis yang kompleks, melibatkan serangkaian perubahan signifikan pada tubuh ibu untuk memungkinkan kelahiran bayi. Proses ini dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Persalinan dapat dibedakan menjadi beberapa jenis berdasarkan berbagai kriteria, seperti cara persalinan dan usia kehamilan. Berdasarkan cara persalinan, terdapat tiga kategori utama: persalinan spontan, persalinan buatan, dan persalinan anjuran. Persalinan spontan terjadi ketika seluruh proses persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri tanpa intervensi medis. Persalinan buatan melibatkan bantuan tenaga dari luar, seperti penggunaan alat bantu atau operasi. Sementara itu, persalinan anjuran adalah persalinan yang dipicu oleh rangsangan eksternal untuk memulai kontraksi uterus (Krisanti, 2021).

Persalinan didefinisikan sebagai kejadian kontraksi ritmik dari frekuensi dan intensitas progresif. Secara fisiologis, kontraksi pada persalinan ini terkoordinasi daripada sebelum persalinan dimulai, yaitu gelombang kontraktile berawal dari fundus uterus dimana terdapat banyak serat otot, dan selama proses kelahiran, segmen ini berkontraksi aktif. Pada bagian bawah, dibentuk oleh segmen bawah uterus dan serviks, lebih lunak dan menjadi lebih tipis seiring dengan kemajuan persalinan. Palpasi abdominal selama persalinan memungkinkan ditemukan perbedaan jelas antara dua segmen tersebut. Daerah transisi antara kedua segmen tersebut ditandai oleh permukaan bagian dalam uterus yang disebut cincin retraksi. Namun, jika selama

masa peralihan, cincin ini teraba menonjol maka pada situasi ini disebut cincin retraksi patologis atau *Bandl Ring* (Tromp et al, 2019).

b. Klasifikasi Persalinan

Persalinan terdiri dari empat kala, masing-masing dengan karakteristik dan tantangan tersendiri.

- 1) Kala I, khususnya fase aktif, dimulai ketika dilatasi serviks mencapai 4 cm dan kontraksi menjadi lebih teratur dan intens. Selama fase ini, kontraksi biasanya terjadi setiap 3-5 menit dengan durasi 40-60 detik, menyebabkan pembukaan serviks yang cepat hingga mencapai 10 cm. Manajemen nyeri dan dukungan emosional sangat penting pada tahap ini untuk membantu ibu mengatasi ketidaknyamanan dan kecemasan yang mungkin timbul.
- 2) Kala II persalinan dimulai setelah dilatasi serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran bayi. Pada tahap ini, ibu akan merasakan dorongan untuk mengejan seiring dengan turunnya kepala bayi melalui jalan lahir. Durasi kala II bervariasi, namun umumnya berlangsung antara 20 menit hingga 2 jam, tergantung pada faktor-faktor seperti paritas ibu dan posisi janin. Dukungan tenaga kesehatan dalam memandu teknik mengejan yang efektif sangat penting untuk meminimalkan trauma perineum dan memastikan kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi.
- 3) Kala III, yaitu periode dari kelahiran bayi hingga pengeluaran plasenta. Kala III biasanya berlangsung antara 5 hingga 30 menit. Manajemen aktif kala III, seperti pemberian uterotonika dan penegangan tali pusat terkendali, direkomendasikan untuk mencegah perdarahan postpartum dan memastikan pengeluaran plasenta secara lengkap. Pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital ibu dan inspeksi plasenta penting dilakukan untuk mendeteksi adanya komplikasi seperti retensi plasenta atau atonia uteri.

- 4) Kala IV persalinan adalah periode dua jam pertama setelah pengeluaran plasenta, dikenal sebagai fase pemulihan awal. Selama kala IV, pemantauan intensif terhadap kondisi ibu sangat penting untuk mendeteksi dan menangani komplikasi seperti perdarahan postpartum, hipotensi, atau tanda-tanda infeksi. Dukungan dalam inisiasi menyusui dini juga dianjurkan pada tahap ini untuk memperkuat ikatan ibu dan bayi serta merangsang kontraksi uterus melalui pelepasan oksitosin alami.

Setiap kala persalinan memerlukan pendekatan manajemen yang spesifik dan perhatian penuh dari tenaga kesehatan. Pemahaman mendalam mengenai dinamika setiap tahap memungkinkan intervensi yang tepat waktu dan efektif, sehingga meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan ibu serta bayi. Kolaborasi antara ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan menjadi kunci dalam menghadapi tantangan yang muncul selama proses persalinan.

Pendidikan antenatal yang komprehensif mempersiapkan ibu hamil untuk memahami dan mengelola setiap tahap persalinan dengan lebih baik. Informasi mengenai tanda-tanda persalinan, teknik relaksasi, dan pilihan manajemen nyeri membantu ibu membuat keputusan yang tepat selama proses kelahiran. Sementara peningkatan oksitosin dan prostaglandin merangsang kontraksi (Kriscanti, 2021).

Komplikasi selama persalinan, seperti distosia atau perdarahan postpartum, memerlukan penanganan segera dan juga tepat. Identifikasi dini terhadap faktor risiko dan kesiapan tenaga kesehatan dalam menangani komplikasi sangat penting untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi.

2. Konsep Intrapartum

a. Pengertian *Intrapartum*

Intrapartum merupakan periode yang dimulai dari onset persalinan hingga kelahiran bayi dan plasenta. Selama fase ini, ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis dan psikologis yang signifikan. Salah satu tantangan utama dalam fase intrapartum adalah manajemen nyeri persalinan, khususnya pada kala I fase aktif, di mana kontraksi uterus menjadi lebih intens dan teratur. Nyeri yang dirasakan dapat mempengaruhi kenyamanan ibu dan kemajuan persalinan secara keseluruhan (Annuril, Afiyanti, & Budiati, n.d.).

Selama fase intrapartum, ibu membutuhkan asuhan fisik dan psikologis yang optimal. Penelitian yang didukung oleh Riris Sitorus dan Grace Erlyn Damayanti menunjukkan bahwa pendampingan keluarga selama persalinan dapat mempengaruhi lama proses persalinan kala I, dengan hasil penelitian menunjukkan hasil terhadap pengaruh pendampingan keluarga terhadap lama proses persalinan kala I (Sitorus & S, 2024).

Intrapartum adalah fase penting dalam proses kelahiran, mencakup periode dari awal kontraksi uterus hingga keluarnya janin dan plasenta secara sempurna. Fase ini memerlukan pengawasan intensif oleh tenaga kesehatan untuk memastikan kesejahteraan ibu dan bayi. Tahap ini sering dibagi menjadi beberapa fase, seperti fase laten, aktif, dan transisi, yang masing-masing memiliki karakteristik tersendiri dalam pola kontraksi, dilatasi serviks, dan perubahan fisiologis lainnya. Dalam fase ini, fokus utama adalah memastikan bahwa proses berlangsung dengan lancar dan aman, serta mendeteksi komplikasi yang mungkin timbul, seperti distosia atau perdarahan postpartum. Penilaian kondisi ibu selama fase ini dilakukan melalui pengamatan parameter vital seperti tekanan darah, suhu tubuh, serta detak jantung janin untuk mendeteksi tanda-tanda bahaya. Pemantauan yang teratur terhadap aktivitas uterus dan perkembangan dilatasi serviks membantu tenaga kesehatan untuk memprediksi kemajuan proses kelahiran dan mengambil tindakan yang diperlukan. Selain

aspek klinis, perhatian terhadap aspek psikososial ibu juga menjadi bagian penting. Rasa nyaman dan dukungan dari keluarga atau pendamping dapat memberikan dampak positif terhadap proses persalinan. Salah satu indikator penting dalam penanganan intrapartum adalah Apgar score, yang dilakukan segera setelah bayi lahir untuk menilai kondisi kesehatan awal bayi. Dalam banyak situasi, prosedur seperti episiotomi dilakukan untuk memperlancar proses kelahiran, namun hal ini hanya dilakukan berdasarkan indikasi tertentu. Tenaga kesehatan yang bertugas harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik untuk memberikan informasi kepada ibu dan keluarga tentang setiap tindakan yang dilakukan selama proses ini. Salah satu tujuan utama penanganan intrapartum adalah mencegah kejadian komplikasi yang dapat berdampak jangka panjang pada kesehatan reproduksi ibu (Hidayati et al., 2024).

3. Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri dikatakan sebagai 'perasaan tertekan, menderita atau kesakitan yang disebabkan oleh stimulasi ujung-ujung saraf tertentu. Namun demikian, definisi yang lebih sesuai untuk keperawatan adalah nyeri merupakan 'fenomena multifaktorial, yang subjektif, personal, dan kompleks yang dipengaruhi oleh faktor- faktor psikologis, biologis, sosial budaya, dan ekonomi'. Nyeri adalah pengalaman kompleks yang terdiri dari respons fisiologis dan psikologis terhadap stimulus berbahaya. Asosiasi Internasional untuk Studi Nyeri atau *International Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan rasa sakit sebagai "Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial". Rasa sakit selalu merupakan pengalaman pribadi yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan social.

b. Fisiologi Nyeri

Pada Persalinan adalah proses aktif melahirkan janin dan ditandai dengan kontraksi rahim yang teratur dan menyakitkan, yang meningkat dalam frekuensi dan intensitas. Serviks memiliki peran utama dalam tahap pertama dan kedua persalinan. Nyeri persalinan berasal dari efek fisiologis, respon sensorik dan emosional (afektif) selama persalinan yang dapat menimbulkan efek teridentifikasi. Aktivitas sistem saraf simpatik menyebabkan terjadinya peningkatan katekolamin. Peningkatan asam lambung, bahkan mual dan muntah juga umum terjadi pada fase aktif dan transisi dari kala I persalinan. Ekspresi nyeri dapat terlihat melalui peningkatan kecemasan, dengan persepsi berkurang, menggeliat, menangis, mengerang, menunjuk (mengepalkan tangan dan meremas-remas), dan rangsangan otot yang berlebihan diseluruh tubuh.

c. Komponen nyeri persalinan

Nyeri persalinan dibagi atas beberapa jenis, yaitu:

- 1) Nyeri visceral, nyeri ini terjadi pada awal kala I dan kala II yang disebabkan oleh dilatasi serviks dan segmen bawah uterus. Setiap terjadi kontraksi, tekanan ditransmisikan ke serviks yang menyebabkan pembukaan. Nyeri ini akan dirasakan pada perut bagian bawah, sakrum dan punggung dengan karakteristik tumpul dan tidak mudah terlokalisasi nyeri viseral ditransmisikan oleh serat 'C' kecil yang tidak bermielin bersama serat simpatik dan melewati uterus, serviks, dan fleksus saraf hipogastrik ke dalam rantai simpatis utama.
- 2) Nyeri somatik nyeri somatik terjadi pada akhir kala I dan kala II, yang disebabkan oleh peregangan, distensi dan iskemi atau bahkan cedera (robekan) pada dasar panggul, perineum dan vagina. Nyeri somatik bermanifestasi selama penurunan janin dengan kontraksi uterus yang semakin sering dan teratur. Nyeri somatik ditransmisikan oleh serat 'A delta' yang halus dan bermielin.

Transmisi terjadi melalui nervus pudendus dan cabang perineum nervus kutaneus paha posterior ke radiks.

d. Faktor yang mempengaruhi nyeri pada persalinan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri pada persalinan, termasuk faktor fisiologis, psikologis, dan sosial. Berikut adalah:

- 1) Usia ibu, nyeri persalinan yang dilaporkan dipengaruhi oleh usia ibu. Wanita yang lebih tua tampaknya memiliki kontrol lebih besar atas hidup mereka, memiliki lebih banyak dukungan selama kehamilan, dan tampaknya tidak khawatir tentang persalinan dan persalinan sebanyak wanita yang lebih muda.
- 2) Faktor psikososial Faktor psikososial seperti budaya, etnis, pencapaian pendidikan, stres, kecemasan, dan ketakutan telah disarankan sebagai variabel mediasi yang signifikan dalam pengalaman perempuan tentang nyeri persalinan.
- 3) Perasaan emosional Perasaan emosional terhadap kehamilan, seperti perasaan emosional yang tidak stabil dan harapan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang tidak realistis, dikaitkan dengan intensitas nyeri dalam persalinan yang lebih tinggi.

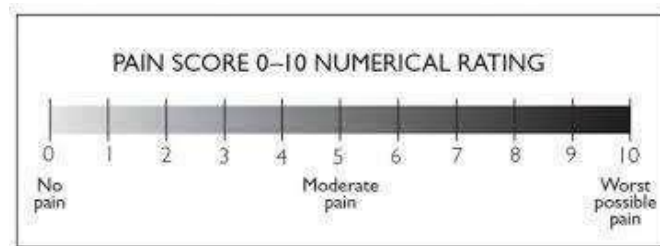
4. Teknik Pengurangan Nyeri Pada Persalinan

Pengurangan nyeri pada persalinan tindakan nonfarmakologis dalam mengatasi nyeri dianggap sederhana dan aman relatif dan efektif dapat digunakan selama persalinan. Teknik yang biasanya dianggap bermanfaat dalam menghilangkan stres dan meningkatkan relaksasi adalah teknik (*pelvic rocking*)sangat efektif sebagai komponen rencana untuk mengelola nyeri persalinan.

5. Numerical Rating Scale (NRS)

Sebagai pengganti atau pendamping VDS, skala penilaian numerik, di mana klien memberikan penilaian nyeri dengan skala 0 – 10, lebih efektif untuk mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah

intervensi terapeutik, dan membuatnya lebih mudah untuk membedakan antara penurunan dan peningkatan nyeri daripada skala lain (Sitorus & S, 2024).



Gambar 3 Numerical Rating Scale (NRS)

6. Teknik *Pelvic rocking*

Teknik *pelvic rocking* adalah pilihan alternative pengelolaan ketidaknyamanan persalinan non farmakologi yang bisa mempercepat proses penurunan kepala janin dalam persalinan. Teknik *pelvic rocking* exercise dapat menutup pintu gerbang nyeri persalinan. Stimulus dari *pelvic rocking* exercise merangsang serat saraf besar yang ada di medulla spinalis. Hal ini dapat mengaktifkan proses rangsang mekanisme aktivitas substansia gelatinosa yang ada di area *grisera periaqueductus*. Proses ini mengakibatkan pintu mekanisme nyeri tertutup hingga aktivitas sel T terhambat. Penerapan latihan *pelvic rocking* dengan *birth ball* ini bisa menurunkan ketidaknyamanan persalinan sehingga proses persalinan berlangsung dengan baik dengan *effatif*. Latihan *pelvic rocking* saat persalinan mampu merangsang refleks postural serta menjaga otot-otot, mengaktifkan reseptor panggul untuk merespon nyeri kemudian mensekresi endorphen sehingga dapat memblokir transmisi stimulus nyeri dan menurunkan tingkat nyeri dan dapat mengurangi rasa cemas, mempercepat proses persalinan kala 1 serta menambah tingkat kepuasan dan kenyamanan ibu. Hasil analisis penelitian ketika latihan *pelvic rocking* menggunakan birthball sangat efektif dalam menurunkan nyeri persalinan.

Latihan *pelvic rocking* menggunakan birthball bekerja dengan cara melonggarkan otot-otot tubuh melalui saraf simpatis, efek yang ditimbulkan lebih luas, menstimulasi banyak dan menimbulkan efek relaksasi.

Latihan *pelvic rocking* dengan *birth ball* yang dilakukan selama ibu hamil hingga memasuki Kala 1 fase aktif berefek dalam meringankan ketidaknyamanan punggung. Latihan *pelvic rocking* diketahui dapat mengurangi kelelahan dan nyeri saat kontraksi persalinan karena adanya pelepasan *endorfin* yang berperan sebagai inhibitor respon nyeri (analgesik) *beta endorfin* juga terbukti mengurangi kelelahan pada otot dan meningkatkan uptake glucose. Hal ini dikarenakan exercises merangsang otot-otot pada punggung dan memperpanjang otot punggung sehingga dapat memblokir timbulnya ketidaknyamanan terutama dibagian punggung. Kelancaran aliran darah dapat merangsang otak untuk memproduksi *beta-endorphine* secara fisiologis. Latihan *pelvic rocking* dengan *Birth Ball* efektif untuk mengurangi ketidaknyamanan persalinan kala I dan meningkatkan kadar *betaendorphine* pada ibu bersalin. Ibu memerlukan persiapan fisik dan psikis dalam menghadapi persalinan, agar proses persalinan berjalan aman (Pokhrel, 2024).

7. Etiologi

Nyeri persalinan pada kala I fase aktif terutama disebabkan oleh kontraksi uterus yang mengakibatkan dilatasi dan penipisan serviks, serta iskemia otot rahim akibat tekanan pada arteri miometrium. Kontraksi ini menimbulkan rasa nyeri yang signifikan bagi ibu bersalin (Kala, Aktif, Bpm, & Padang, 2023).

8. Patofisiologi

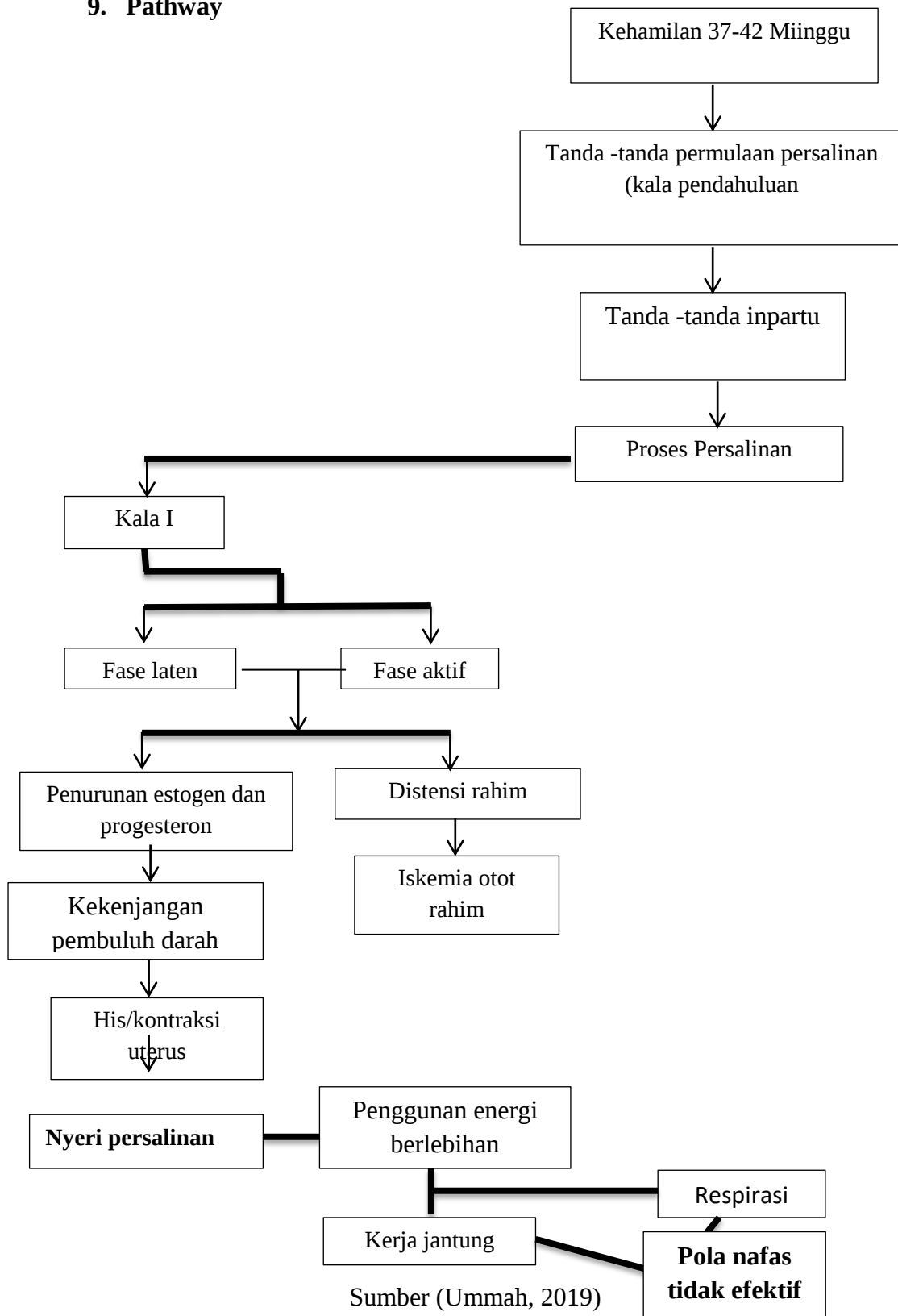
Nyeri persalinan pada kala I fase aktif merupakan fenomena kompleks yang melibatkan berbagai mekanisme fisiologis dan psikologis. Secara fisiologis, nyeri ini terutama disebabkan oleh kontraksi uterus yang intens dan teratur, yang berfungsi untuk membuka serviks dan mendorong janin menuju jalan lahir. Kontraksi ini menyebabkan iskemia otot uterus

akibat kompresi pembuluh darah, sehingga menimbulkan sensasi nyeri (Widiawati1, 2021).

Pada kehamilan yang sudah mencapai usia 37–42 minggu, penurunan hormon estrogen dan progesteron menjadi pemicu awal persalinan. Penurunan hormon ini merangsang peningkatan produksi prostaglandin dan oksitosin, yang menyebabkan peningkatan kontraksi uterus (his). Kontraksi ini ditandai oleh distensi rahim yang menimbulkan rasa tidak nyaman (nyeri), akibat dari kekejangan pembuluh darah lokal dan gangguan sirkulasi uteroplasenta. Dalam fase ini, terjadi iskemia pada otot rahim karena peningkatan aktivitas kontraktil yang mengurangi aliran darah ke jaringan. Kondisi ini mengakibatkan penumpukan metabolit dan peningkatan sensasi nyeri. Secara fisiologis, energi tubuh ibu terkuras karena aktivitas kontraksi yang terus-menerus, sehingga dapat menimbulkan Hal ini dapat memperburuk pola pernapasan yang tidak efektif, yang berkontribusi pada ketidakseimbangan oksigenasi. Kombinasi dari faktor-faktor ini menciptakan respon sistemik pada tubuh ibu, termasuk perubahan kerja jantung dan peningkatan beban respirasi untuk memenuhi kebutuhan metabolik selama persalinan. Proses ini berlangsung hingga serviks mencapai pembukaan lengkap, yang menjadi tanda akhir kala I dan persiapan masuk ke kala II (fase kelahiran bayi) Pada kala I, perubahan fisiologis yang terjadi melibatkan respons adaptif tubuh ibu terhadap stres persalinan. Kontraksi uterus yang terkoordinasi memicu peregangan mekanis pada segmen bawah rahim dan serviks, yang mengaktifkan reseptor mekanik lokal. Aktivasi ini menghasilkan umpan balik positif untuk memperkuat pelepasan oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior, mempercepat intensitas dan frekuensi kontraksi. Selain itu, gangguan perfusi pada jaringan uterus akibat kompresi vaskular meningkatkan pelepasan mediator inflamasi, yang dapat memperparah persepsi nyeri. Peningkatan tekanan *intraabdomen* akibat kontraksi juga berkontribusi pada penguatan refleks mengejan yang secara alami

membantu kemajuan persalinan. Selama fase ini, sistem *neuroendokrin* terlibat aktif. Respons *simpatoadrenal* akibat kecemasan dan stres meningkatkan kadar katekolamin, yang dapat memengaruhi tonus vaskular dan perfusi uteroplasenta. Akumulasi katekolamin juga dapat menyebabkan penurunan efisiensi kontraksi uterus jika tidak dikelola dengan baik, memperpanjang durasi persalinan kekurangan oksigen akibat hiperventilasi atau pernapasan yang tidak teratur dapat memicu asidosis metabolik pada ibu, yang jika tidak segera dikoreksi, dapat berdampak pada kesejahteraan janin. Oleh karena itu, manajemen komprehensif selama fase ini sangat penting untuk mendukung kondisi ibu dan janin secara optimal(Ummah, 2019).

9. Pathway



10. Manifestasi Klinis

Pada fase ini, kontraksi uterus menjadi lebih teratur, intens, dan berlangsung lebih lama, dengan frekuensi setiap 2–5 menit dan durasi sekitar 45–60 detik. Ibu biasanya melaporkan nyeri yang signifikan di daerah punggung bawah, perut bagian bawah, dan area panggul akibat distensi uterus, peregangan serviks, dan tekanan kepala janin pada struktur pelvis.

Dilatasi serviks pada fase aktif terjadi lebih cepat dibandingkan fase laten, biasanya dengan pembukaan serviks antara 4–10 cm. Selain itu, peningkatan sekresi lendir serviks yang sering kali bercampur dengan darah (*bloody show*) merupakan tanda khas kemajuan persalinan. Ibu juga dapat mengalami peningkatan tekanan pada rektum dan sensasi ingin buang air besar seiring dengan penurunan kepala janin ke panggul. Secara psikologis, banyak ibu merasakan kecemasan atau stres karena intensitas nyeri yang meningkat dan tantangan emosional menghadapi proses persalinan. Kelelahan juga menjadi keluhan umum, terutama jika durasi fase aktif berlangsung lama. Pola pernapasan yang tidak teratur akibat nyeri dan kecemasan dapat menyebabkan hiperventilasi, yang terkadang memicu pusing atau parestesia di sekitar mulut dan tangan (Kala et al., 2023).

11. Komplikasi

- 1) Inersia Uteri dan Partus Lama: Peningkatan hormon stres akibat nyeri dapat mengganggu kontraksi uterus, menyebabkan inersia uteri dan memperpanjang durasi persalinan.
- 2) Distres Janin: Nyeri yang tidak terkelola dapat mengurangi aliran darah ke plasenta, mengakibatkan oksigenasi janin yang tidak adekuat dan berpotensi menyebabkan distres janin.
- 3) Kematian Ibu dan Janin: Dalam kasus ekstrem, nyeri persalinan yang tidak ditangani dapat meningkatkan risiko kematian bagi ibu dan/atau janin. (Solehati, 2018)

12. Penatalaksanaan

Pelvic rocking dengan *Birthing Ball* adalah salah satu Gerakan yang melibatkan ibu duduk di atas bola persalinan (*birthing ball*) dan menggoyangkan panggul secara perlahan ke depan, belakang, samping, kiri' kanan dan putar secara perlahan(melingkar). Teknik ini membantu meningkatkan relaksasi, mempercepat proses persalinan, dan mengurangi intensitas nyeri. Selain meningkatkan kenyamanan, gerakan ini juga membantu mengoptimalkan posisi bayi di dalam rahim ibu sehingga memperlancar proses persalinan. *Birthing ball* juga mengurangi tekanan pada tulang ekor.