

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar rahim melalui vagina secara spontan. Persalinan normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 sampai 42 minggu), terjadi dalam waktu 18 sampai 24 jam, tanpa komplikasi bagi ibu maupun janin. Persalinan adalah proses ketika rahim berkontraksi berulang kali, menyebabkan leher rahim terbuka dan melebar, hingga berakhir dengan lahirnya bayi. pengeluaran hasil konsepsi berupa janin, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim pada masa kehamilan yang sehat tanpa melalui pembedahan dan tanpa komplikasi. (Septiani et al., 2024)

Persalinan normal adalah proses keluarnya secara spontan hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah mencapai cukup bulan dan dapat hidup di luar rahim melalui vagina. Persalinan normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 hingga 42 minggu), dalam waktu 18 hingga 24 jam, tanpa komplikasi bagi ibu atau janin. Persalinan adalah proses dimana rahim berkontraksi berulang kali sehingga menyebabkan leher rahim terbuka dan membesar, hingga berakhir dengan lahirnya anak. pengeluaran hasil konsepsi berupa janin, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim selama kehamilan sehat tanpa pembedahan dan tanpa komplikasi. (Salimah, 2024).

Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pembukaan dan pelebaran leher rahim serta turunnya janin ke jalan lahir, kemudian diakhiri dengan keluarnya bayi yang dapat hidup di luar rahim dan diikuti dengan keluarnya plasenta serta selaput ketuban.

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu:

- a. *Estrogen* berfungsi meningkatkan kepekaan otot rahim dan memperlancar penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik. (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024).
- b. *Progesteron* bekerja dengan cara mengurangi sensitivitas otot rahim, sehingga sulit menerima rangsangan dari luar seperti *oksitosin*, rangsangan *prostaglandin*, rangsangan mekanis, serta menyebabkan relaksasi otot rahim dan otot polos. Selama kehamilan, kedua hormon ini berada dalam keadaan seimbang sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon ini menyebabkan pelepasan *oksitosin* dari kelenjar *hipofisis posterior* yang menyebabkan kontraksi berupa *Braxton Hicks* (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024)

Beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan yaitu:

1) Teori keregangan

Otot-otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang sampai batas tertentu. Setelah waktu ini berlalu, kontraksi terjadi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim terus membesar dan menegang, menyebabkan *iskemia* otot-otot rahim. Ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu *sirkulasi uteroplacenta* dan menyebabkan *degenerasi plasenta*. (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024).

2) Teori penurunan *progesteron*

Proses penebaran plasenta terjadi sejak minggu ke-28, di mana jaringan ikat menumpuk, pembuluh darah menyempit dan tersumbat. *Vili korionik* mengalami perubahan dan produksi *progesteron* menurun, membuat otot rahim lebih sensitif terhadap *oksitosin*. Akibatnya, otot-otot rahim mulai berkontraksi setelah penurunan *progesteron* mencapai tingkat tertentu. (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024)

3) Teori *oksitosin internal*

Oksitosin dilepaskan dari kelenjar *pituitari posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* dapat mengubah sensitivitas otot

rahim, yang menyebabkan seringnya *kontraksi Braxton Hicks*. Penurunan *konsentrasi progesteron* akibat penebaran pada kehamilan dapat meningkatkan aktivitas *oksitosin*, sehingga persalinan dapat dimulai. (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024)

4) Teori *prostaglandin* Konsentrasi

Prostaglandin meningkat sejak minggu ke-15 kehamilan dan dilepaskan dari dua. Pemberian *prostaglandin* selama kehamilan dapat menyebabkan kontraksi otot rahim, sehingga menyebabkan persalinan. *Prostaglandin* diduga sebagai pemicu persalinan. (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024).

5) Faktor lain

Tekanan pada *ganglion serviks pleksus Frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila kelenjar getah bening ini tertekan, dapat menyebabkan kontraksi rahim. (Sya'diatulhusni & Yanti, 2024).

3. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. *Passenger*

Malpresentasi atau *malformasi* janin dapat memengaruhi kelancaran proses persalinan. Beberapa faktor yang mempengaruhi faktor transisi, yaitu ukuran kepala, presentasi, posisi, postur dan posisi janin. (Septiani et al., 2024).

b. *Passage away*

Jalan lahir terdiri dari *pelvis* ibu, yang merupakan bagian tulang keras, dasar panggul, vagina, dan lubang vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, terutama otot panggul, membantu kelahiran bayi, panggul ibu memainkan peran yang jauh lebih penting dalam proses melahirkan. Janin harus diposisikan dengan tepat di jalan lahir yang relatif kaku. (Septiani et al., 2024).

c. *Power*

His adalah salah satu kekuatan yang ada pada ibu yang menyebabkan leher rahim terbuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala,

jika kontraksinya cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke rongga panggul. (Septiani et al., 2024).

d. *Position*

Posisi ibu mempengaruhi *adaptasi anatomi* dan fisiologis saat melahirkan. Posisi *vertikal* menawarkan beberapa keuntungan. Mengubah posisi menghilangkan rasa lelah, memberikan kenyamanan, dan meningkatkan sirkulasi. Posisi *vertikal* meliputi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok. (Septiani et al., 2024)

e. *Psychological response*

Proses persalinan merupakan saat yang menegangkan dan menegangkan bagi wanita dan keluarga mereka. Ketakutan, ketegangan, dan kecemasan dapat memperlambat proses kelahiran. Bagi sebagian besar wanita, persalinan dimulai dengan kontraksi pertama rahim dan berlanjut hingga jam-jam pembukaan dan melahirkan, dan berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan bertujuan untuk mendukung wanita dan keluarga mereka melalui proses kerja untuk mencapai hasil optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang hendak bersalin biasanya akan mengemukakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi jarang mengungkapkannya secara spontan. (Septiani et al., 2024).

4. Tahapan Persalinan

Persalinan ini dibagi menjadi 4 tahap. Pada periode pertama, *serviks* terbuka dari 0 hingga 10 cm. Fase I juga disebut fase pembukaan. Periode kedua disebut juga periode pengeluaran, karena kuatnya kontraksi dan daya dorong, janin didorong hingga lahir. Selama tahap ketiga, yang juga disebut periode *urinari*, *plasenta* terlepas dari dinding rahim dan lahir. Periode keempat dimulai sejak lahirnya *plasenta* hingga 2 jam setelahnya. Selama periode ini, kami mengamati apakah ada perdarahan *pascapersalinan* (Astarini, 2024).

a. Kala I

Tahap pertama persalinan dimulai dengan *kontraksi rahim* yang teratur dan berakhir dengan dilatasi penuh *serviks*. Dilatasi penuh dapat terjadi dalam

waktu kurang dari satu jam pada beberapa kehamilan kembar. Pada kehamilan pertama, dilatasi *serviks* jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. (Septiani et al., 2024). Periode pertama juga disebut periode dilatasi, berlangsung dari dilatasi 0 cm hingga dilatasi penuh (10 cm). Secara klinis, persalinan dikatakan telah dimulai jika kontraksi terjadi dan ibu mengeluarkan lendir bercampur darah (tinja berdarah). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu: (Septiani et al., 2024).

1) *Kala I Fase Laten*

Fase laten berlangsung selama 8 jam. Pembukaan dibuat sangat perlahan hingga diameter 3 cm. *Fase laten* dimulai dengan timbulnya *kontraksi* rahim teratur yang menyebabkan perubahan pada *serviks*.

2) *Kala I Fase Aktif*

Fase aktif dibagi dalam 3 fase lagi yakni:

- a) Fase percepatan, artinya dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan terjadi sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat lagi. Dalam 2 jam, dilatasi 9 cm selesai.

b. *Kala II*

Tahap kedua persalinan adalah saat janin lahir. Pada periode kedua, *kontraksi* menjadi lebih kuat dan lebih cepat, sekitar setiap 2 hingga 3 menit. Saat kepala janin memasuki rongga panggul, tekanan terasa pada otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan sensasi mengejan. Wanita merasakan tekanan pada *rektum* dan ingin buang air besar. Kemudian *perineum* mulai menonjol dan mengembang seiring dengan terbukanya *anus*. Bibirnya mulai terbuka dan segera kepalanya Janin terlihat di *vulva* saat kelahiran. Dengan *kontraksi* dan kekuatan mendorong yang maksimal, kepala janin lahir dalam presentasi suboksipital di bawah simfisis, dahi, wajah, dan dagu. Setelah jeda sebentar, ia mulai mengeluarkan lagi tubuh dan anggota tubuh anak itu.

c. Kala III

Tahap ketiga persalinan berlangsung sejak lahirnya janin hingga keluarnya *plasenta*. Setelah bayi lahir, rahim menjadi kencang dan bagian bawahnya berada tepat di atas pusar. Beberapa menit kemudian, *rahim berkontraksi* lagi untuk melepaskan *plasenta* dari dindingnya. Biasanya, plasenta terlepas dalam waktu 6 hingga 15 menit setelah bayi lahir dan keluar secara *spontan* atau karena tekanan pada *fundus uterus*. Lepaskan plasenta dengan menggerakkan forseps di atas tali pusat, letakkan satu tangan di jaringan di perut ibu, tepat di atas tulang kemaluan menggunakan tangan ini untuk menopang rahim. Pegang tali pusat dan pegang dengan tangan anda yang lain. Tunggu hingga rahim *berkontraksi* dan berikan tekanan ke bawah secara perlahan pada tali pusat. Gunakan tekanan balik pada bagian bawah rahim dengan menekan rahim secara perlahan ke atas dan ke belakang (*dorso kranial*) untuk membantu mencegah *inversi rahim*. *Plasenta* diperiksa secara cermat untuk memastikan kelengkapannya, sehingga tidak menyebabkan gangguan pada *kontraksi rahim* atau perdarahan *sekunder*.

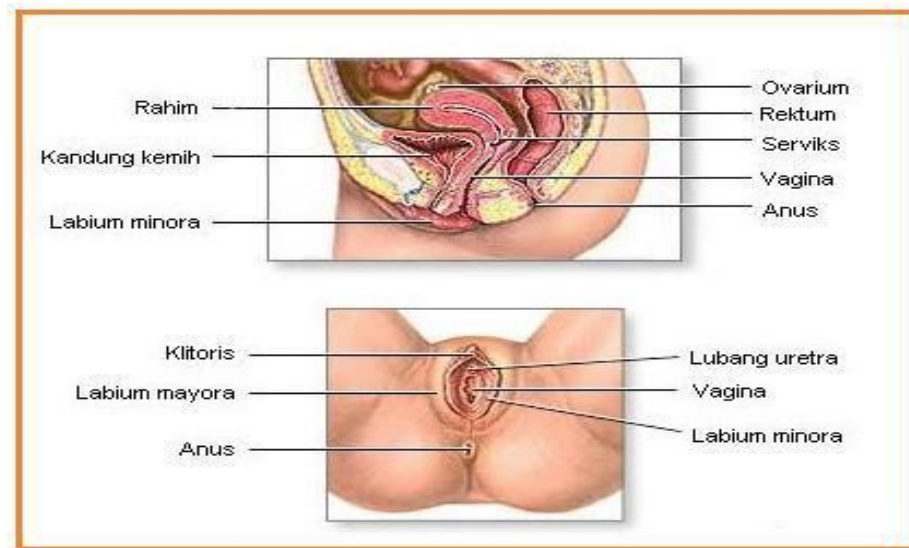
d. Kala IV

Tahap keempat persalinan didefinisikan terjadi sekitar dua jam setelah lahirnya plasenta. Pada titik ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah tertekan untuk menghentikan pendarahan. Pada saat ini, pengamatan dilakukan terhadap tekanan darah, pernapasan, denyut nadi, kontraksi otot rahim, dan pendarahan selama 2 jam pertama. Selain itu, luka episiotomi juga dijahit. Setelah 2 jam, jika kondisinya baik, ibu dipindahkan ke kamar bersama bayinya.

5. Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita Sistem reproduksi wanita terbagi menjadi dua, yaitu alat kelamin dalam dan luar. Organ yang termasuk dalam genitalia *eksterna* adalah *vulva* yang terdiri atas *mons pubis*, *klitoris*, *labia mayora*, *labia minora*, dan *kelenjar vestibular*. Organ yang

termasuk dalam alat kelamin bagian dalam adalah vagina, rahim, indung telur, dan saluran tuba. (Indrayana, 2024)



Gambar 2.1. Organ Reproduksi Wanita (Indrayana, 2024)

1. Vulva

Vulva meliputi mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Tulang kemaluan berbentuk bulat dan merupakan area lemak yang menutupi tulang kemaluan. Klitoris adalah struktur dengan jaringan ereksi yang berisi sejumlah besar saraf sensorik dan fungsi seperti

Sumber rangsangan saat berhubungan seksual. Labia mayor adalah sepasang lipatan jaringan memanjang yang terletak di posterior mons pubis dan menutupi komponen vulva lainnya. Labia mayora berasal dari jaringan yang sama yang menghasilkan skrotum pada pria. Labia minora adalah lipatan jaringan tipis yang terletak di tengah labia mayora. Labia ini melindungi bukaan vagina dan uretra (Indrayana, 2024)

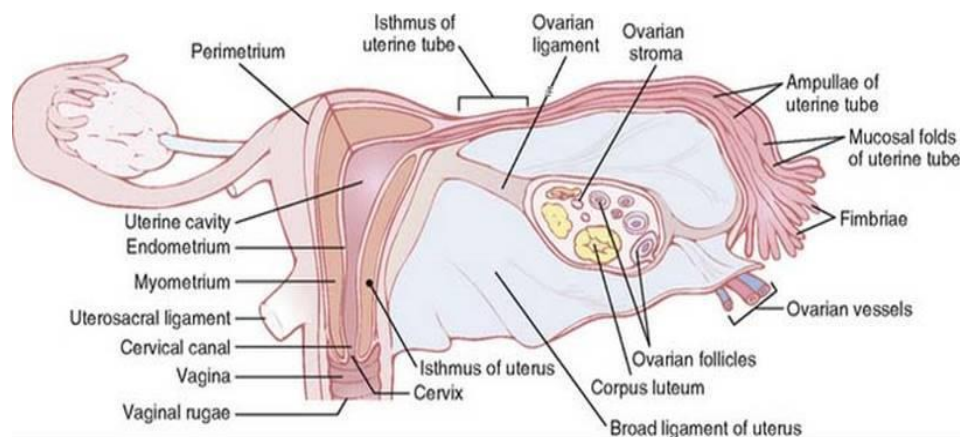
2. Vagina

Vagina adalah struktur tubular fibromuskular yang fleksibel memanjang dari ruang depan vulva hingga leher rahim. Vagina distal adalah introitus. Vagina anterior dibatasi oleh dinding kandung kemih posterior, sementara vagina posterior terbatas dengan rektum anterior. (Indrayana, 2024).

3. Uterus

Uterus terdiri dari badan (korpus) dan leher rahim. Bagian *superior* korpus uteri disebut fundus, sedangkan bagian *inferior* yang berdekatan dengan serviks disebut isthmus/segmen bawah rahim. Dinding rahim mengandung 3 lapisan berbeda: *endometrium*, *miometrium*, dan *serosa*.

Serviks uteri merupakan struktur seperti tabung yang di berbatasan rongga rahim dan vagina. Organ ini bertindak sebagai saluran antara keduanya. *Serviks inferior* bermuara ke vagina bagian atas di tulang serviks. Lapisan serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut *ektoserviks* dan terdiri dari *epitel skuamosa* berlapis. Lapisan bagian dalam saluran serviks adalah *endoserviks*, terdiri dari *epitel kolumnar*. (Indrayana, 2024)



Gambar 2.2. Genitalia Interna Wanita Sumber (Indrayana, 2024)

4. Ovarium

Ovarium adalah *gonad* wanita, tempat *gametogenesis* dan sekresi hormon seks. Kulit terluar setiap ovarium adalah tempatnya perkembangan *folikel*, sedangkan medula bagian dalam berisi pembuluh darah dan jaringan ikat. Pada wanita yang belum hamil, ovarium berbentuk *almond* terletak pada posisi vertikal menghadap *fossa ovarium*. Masing-masing ovarium memiliki panjang lebih dari 2,5 cm (1 inci), lebar 1,25 cm (0,5 inci) dan ketebalannya sedikit lebih kecil, namun ukurannya sangat bervariasi seiring usia dan aktivitas seksual.

Folikel ovarium atau kadang disebut *folikel graaf* adalah penutup bulat untuk sel telur yang sedang berkembang di korteks dekat permukaan ovarium. Saat lahir dan di masa kanak-kanak, folikel-folikel ini terdapat dalam bentuk banyak folikel ovarium primer atau yang belum berkembang. Masing-masing berisi sel telur primitif, atau oosit, dan masing-masing ditutupi oleh satu lapisan sel pipih. Sebanyak 700.000 folikel primer terdapat di dua ovarium wanita muda. Kebanyakan dari penyakit ini mengalami kemunduran sebelum atau sesudah masa pubertas. (Indrayana, 2024)

5. *Tuba falopi*

Tuba falopi merupakan organ yang membawa sel telur dari ovarium ke dalam rongga rahim. Ada tiga bagian tuba *falopi* dibedakan menjadi ujung luar berbentuk corong (*infundibulum*), bagian tengah melebar dan berdinding tipis (*ampula*) dan bagian seperti tali pusar.

Pembuahan sel telur biasanya terjadi di ampula *tuba falopi* dan dibawa ke dalam rahim. Namun, pada beberapa kasus, sel telur yang sudah dibuahi bisa menempel dan berkembang di tuba falopi sehingga menjadi Kehamilan *ektopik* berbahaya bagi ibu. (Indrayana, 2024).

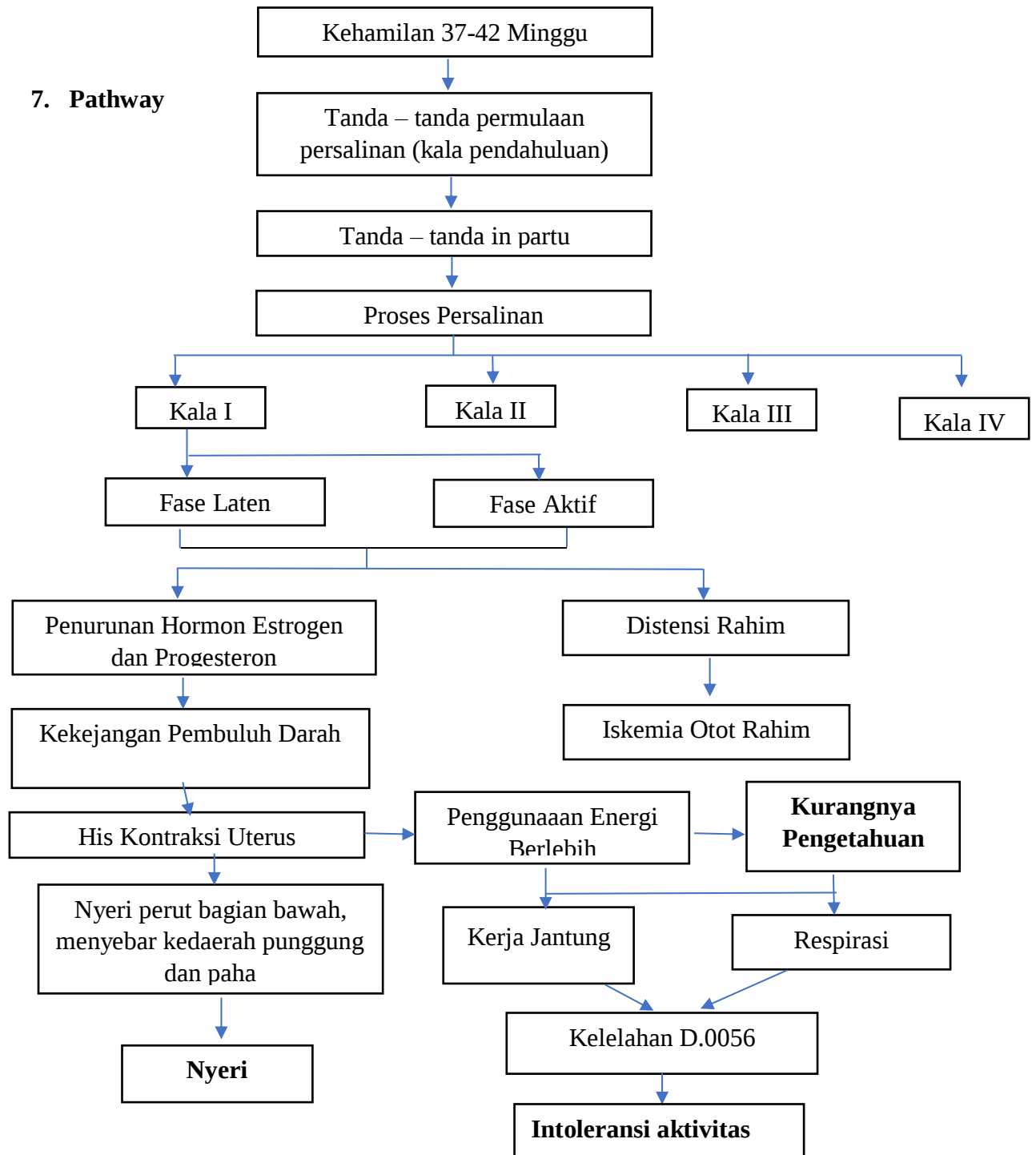
Tabel 2.1 Fungsi Organ Reproduksi Wanita (Indrayana, 2024)

Organ	Lokasi	Fungsi
Clitoris	Eksterna	Organ sensorik
Mons pubis	Eksterna	Lemak yang menutupi publish
Labia mayor	Eksterna	Menutup labia minora
Labia minora	Eksterna	Menutup vestibular
Ovarium	Eksterna	Membawa dan tempat perkembangan sel telur
Tuba falopi	Interna	Saluran yang membawa telur ke uterus
Uterus	Interna	Tempat berkembangnya embrio
Vagina	Interna	Saluran intercourse dan jalan lahir

6. Patofisiologi

Persalinan normal terjadi antara minggu ke-27 dan ke-42 kehamilan. Proses melahirkan menjadi penyebab terjadinya kontraksi rahim yang dapat menimbulkan nyeri. Hal ini dipengaruhi oleh peregangan otot rahim, penurunan progesteron, peningkatan oksitosin, peningkatan prostaglandin dan tekanan kepala janin. Dengan kontraksi, terjadi pemendekan Segmen Atas Rahim dan pengenceran Segmen Bawah Rahim. Pengenceran Segmen Bawah Rahim menyebabkan dilatasi serviks. Turunnya kepala bayi terdiri dari beberapa tahap, antara lain engagement, penurunan, fleksi, fleksi maksimal, rotasi internal, ekstensi, pengeluaran kepala janin, rotasi eksternal. Turunnya kepala bayi lebih jauh menimbulkan rasa tegang yang berujung pada pengeluarannya. Pengeluaran tersebut dapat menyebabkan robekan pada jalan lahir dan menimbulkan rasa sakit. Setelah bayi lahir, kontraksi rahim berhenti selama 5 hingga 10 menit dan kemudian mulai lagi. Kontraksi akan mengurangi luas permukaan plasenta, rahim akan mengecil, dindingnya akan menebal, yang akan menyebabkan plasenta terlepas secara bertahap. Beberapa implantasi plasenta, antara lain, melepaskan lokuli, lokuli, dan robekan ke dalam jalan lahir sebagai tempat peningkatan invasi bakteri yang dapat menyebabkan risiko infeksi tinggi. Dengan pelepasan plasenta, produksi estrogen dan progesteron menurun, sehingga hormon prolaktin aktif dan produksi laktasi dimulai. (Hanifah, 2014).

7. Pathway



Gambar 2.3. Pathway (Laili et al., 2022)

B. Nyeri Persalinan

1. Pengertian Nyeri Persalinan

Melahirkan adalah peristiwa yang menyakitkan dan menegangkan bagi seorang wanita. Wanita hamil biasanya khawatir dengan rasa sakit saat melahirkan. Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif berupa sensasi fisik yang berhubungan dengan kontraksi rahim, pelebaran dan penipisan serviks, serta turunnya janin selama persalinan. Respons fisiologis terhadap nyeri meliputi tekanan darah, detak jantung, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. (Astarini, 2024).

Nyeri persalinan ditandai dengan adanya kontraksi rahim, kontraksi tersebut sebenarnya terjadi pada minggu ke-30 kehamilan, disebut kontraksi Braxton Hicks karena adanya perubahan hormon estrogen dan progesteron, namun sifatnya tidak teratur, tidak nyeri dan kekuatan kontraksinya 5 mmHg, dan kekuatan kontraksi *Braxton Hicks* ini akan menjadi kekuatan persalinan yang sifatnya teratur. Kadang-kadang terjadi kebocoran cairan ketuban yang biasanya pecah sebelum terbuka. lengkap, tetapi bisa juga muncul sebelum proses kelahiran, dengan pecahnya ketuban, diharapkan kelahiran akan terjadi dalam waktu 24 jam. (Astarini, 2024).

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam pengurangan nyeri non farmakologis. Intervensi yang termasuk dalam pendekatan non farmakologis adalah analgesia psikologis yang dilakukan sejak awal kehamilan, relaksasi, pijat, stimulasi vagina, aromaterapi, hipnosis, akupunktur dan yoga. (Astarini, 2024).

2. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Nyeri Persalinan

Secara umum terdapat dua faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan, yaitu:

a. Faktor internal

1) Paritas

Leher rahim wanita multipara membesar sebelum persalinan, tetapi tidak pada wanita primipara, sehingga nyeri umumnya lebih parah pada wanita primipara dibandingkan pada wanita multipara. Intensitas kontraksi rahim yang dirasakan oleh primipara juga lebih besar daripada multipara,

terutama pada akhir kala I dan awal kala II persalinan. (Marawita et al., 2023).

2) Usia

Usia sangat menentukan kesehatan ibu saat melahirkan dan mempengaruhi respons terhadap rasa sakit. Toleransi terhadap nyeri akan meningkat seiring bertambahnya usia dan tingkat keparahan nyeri. (Marawita et al., 2023).

3) Pendidikan

Reaksi terhadap rasa sakit saat melahirkan bervariasi tergantung pada tingkat pendidikan dan lingkungan. Semakin buruk sudut pandang seseorang dalam memecahkan masalah, maka akan semakin meningkat pula stres dan kecemasan yang berakibat pada kurangnya kontraksi rahim. (Marawita et al., 2023).

4) Lama persalinan

Persalinan lama dapat disebabkan oleh kontraksi rahim yang tidak mencukupi dan dilatasi serviks yang tidak berlanjut. Hal ini dapat menyebabkan ibu mengalami stres dan kelelahan jangka panjang, yang memperburuk rasa sakit. (Marawita et al., 2023).

5) Kondisi psikologis dan kepribadian

Situasi dan kondisi psikologis yang tidak stabil berperan penting dalam memperburuk rasa sakit saat melahirkan. Kepribadian memegang peranan penting dalam kesedihan, ibu yang memiliki sifat tegang, cemas dan berpikiran negatif akan lebih lemah dalam mengelola stres dibandingkan dengan ibu yang rileks, percaya diri dan berpikir positif. (Marawita et al., 2023).

b. Faktor eksternal

Agama Semakin kuat kualitas keimanan seseorang, maka semakin baik pula mekanisme pertahanan tubuh terhadap rasa sakit, karena berkaitan dengan keadaan psikologis yang relatif stabil. (Marawita et al., 2023)

1) Lingkungan fisik Lingkungan ekstrim seperti perubahan cuaca, panas, dingin, keramaian, kebisingan, memberikan rangsangan pada tubuh yang

menyebabkan rasa sakit. Sikap bidan yang ramah dan ruang bersalin yang nyaman akan mengurangi kecemasan ibu saat melahirkan, membuatnya rileks, dan mendorong pelepasan hormon endorfin. (Marawita et al., 2023).

- 2) Pendampingan Persalinan Ibu yang sedang bersalin memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan dari anggota keluarga lain atau teman dekat. Kehadiran orang-orang terkasih Anda akan membantu meringankan beban dan kecemasan selama proses persalinan. Kehadiran suami sebagai orang terdekat yang memberikan dukungan psikologis yang baik dapat mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit yang dirasakannya dan mengurangi tingkat faktor stres yang menjadi rangsangan nyeri saat melahirkan. (Marawita et al., 2023).

3. Mekanisme Nyeri Persalinan

Persalinan didefinisikan sebagai pemanjangan dan pelebaran serviks, yang terjadi ketika otot-otot rahim berkontraksi untuk mendorong bayi keluar. Otot-otot rahim berkontraksi selama kontraksi. Pada setiap kontraksi, kandung kemih, rektum, tulang belakang, dan tulang kemaluan menerima tekanan kuat dari rahim. Berat kepala bayi saat turun ke tuba falopi juga menyebabkan tekanan. Semua ini menyakitkan bagi ibu yang melahirkan., (Utami et al., 2019).

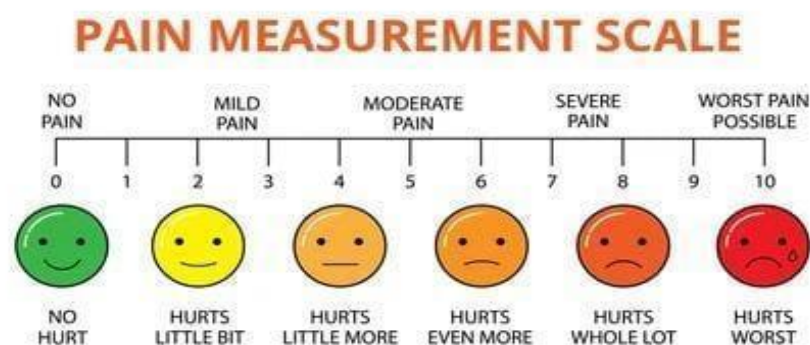
Nyeri pada kala I persalinan disebabkan oleh kontraksi otot rahim, hipoksia otot kontraktile, dilatasi serviks, iskemia korpus uterus, dan pemanjangan segmen bawah uterus. Reseptor nyeri ditransmisikan melalui segmen saraf tulang belakang T11-12 dan saraf aksesori toraks bawah dan saraf simpatik lumbar atas. Sistem ini meluas dari pinggiran melalui sumsum tulang belakang, batang otak, talamus, dan korteks serebral. (Simanullang & Normadiah, 2024).

Nyeri persalinan adalah nyeri akibat kontraksi rahim yang dapat mengakibatkan peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik, perubahan tekanan darah, detak jantung, pernapasan, warna kulit, dan, jika tidak diobati, akan meningkatkan perasaan cemas, tegang, takut, dan stres. (Simanullang & Normadiah, 2024).

4. Pengukuran Nyeri Persalinan

Rasa nyeri sangat individual, banyak faktor yang mempengaruhi sehingga menimbulkan persepsi yang berbeda-beda antara individu satu dengan lainnya. Sehingga pengkajian bisa berbeda-beda pula tergantung siapa yang akan kita kaji, berapa usia, apa ras dan dalam kondisi yang bagaimana (Rohmawati, 2023). Adapun beberapa cara pengkajian Nyeri Persalinan:

1) Cara Pengukuran Nyeri Berdasarkan PQRST



Gambar 2.4. Cara Pengkajian Nyeri Berdasarkan PQRST (Rohmawati, 2023)

Metode ini juga digunakan sebagai struktur saat tenaga kesehatan menggali informasi dari pasien. Metode PQRST ini memiliki kekurangan yaitu diperlukannya pengkajian yang mendalam terhadap pasien. Pada pengkajian dapat ditanyakan mengenai perasaan nyeri yang dirasakan sedangkan pada pasien yang tidak kooperatif, metode PQRST ini tidak bisa digunakan. Kelebihan dari metode PQRST ini adalah dapat membantu bidan dalam menentukan rencana intervensi yang sesuai.

Akronim PQRST ini digunakan untuk mengkaji keluhan nyeri pada pasien yang meliputi:

- Provokes/palliates*: Pengkajian provokatif/paliatif dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuat nyerinya lebih

baik? apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?.

- b) *Quality*: Mengkaji Kualitas/ quantitas rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji Seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan pasien? bisakah anda menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri.
- c) *Region and Radiates*: Region atau radiasi merupakan lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan. Radiasi dilihat dengan menanyakan apakah nyeri juga dirasakan menyebar ke daerah lain, atau menyebar ke daerah yang lebih luas apakah nyerinya menyebar? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?
- d) *Scale/Severity*: Skala Severity diartikan sebagai skala kegawatan yang dapat dilihat menggunakan *CPOT* untuk gangguan kesadaran atau skala nyeri ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat
- e) *Time*: Timing merupakan catatan waktu dimana kita akan menanyakan kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan/terjadi. Ditanyakan juga apakah terjadi secara mendadak atau bertahap nyeri itu timbul? apakah onsetnya cepat atau lambat? berapa lama nyeri itu timbul? apakah terus menerus atau hilang timbul? apakah pernah merasakan nyeri ini sebelumnya? apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?

2) Skala Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Skala Wong Baker Faces digunakan pada pasien pediatric dengan kesulitan dan keterbatasan verbal.

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tertahan

Gambar 2.5 Skala Wong Baker FACES Pain Rating Scale (Rohmawati, 2023)

Berikut skala nyeri yang kita nilai berdasarkan ekspresi wajah: skala nyeri

Skala nyeri berdasarkan ekspresi wajah Penilaian Skala nyeri dari kiri ke kanan:

- Wajah Pertama: Sangat senang karena ia tidak merasa sakit sama sekali.
- Wajah Kedua: Sakit hanya sedikit.
- wajah ketiga: Sedikit lebih sakit.
- Wajah Keempat: Jauh lebih sakit.
- Wajah Kelima: Jauh lebih sakit banget.
- Wajah Keenam: Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis

3) *Comparative Pain Scale* (Skala Nyeri 0-10)

Skala nyeri ini akan membantu praktisi kesehatan dalam menentukan seberapa besar nyeri dirasakan oleh pasien, membedakan tingkat beratnya suatu penyakit sehingga dapat membantu menegakkan diagnosis yang akurat, membantu merencanakan intervensi keperawatan atau pengobatan yang tepat, dan mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dan pengobatan yang telah diberikan. Penilaian tingkat nyeri dengan menggunakan Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*).

- 0 = Tidak ada rasa sakit. Merasa normal.
- 1 nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu Anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
- 2 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
- 3 (bisa ditoleransi) = nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.
- 4 (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

- f) 5 (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- g) 6 (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- h) 7 (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra pasien. Hal ini menyebabkan pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
- i) 8 (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
- j) 9 (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampaisampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau resiko nya.
- k) 10 (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Sebagai contoh pada pasien yang mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

Untuk kemudahan penilaian dapat dilakukan dengan Pengelompokan, yaitu:

- a) Skala nyeri 1-3 berarti Nyeri Ringan (masih bisa ditahan, terganggu)
- b) Skala nyeri 4-6 berarti Nyeri Sedang (mengganggu aktifitas fisik)
- c) Skala nyeri 7-10 berarti Nyeri Berat. Biasanya pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

4) *Visual Analogue Scale (VAS)*

Visual Analogue Scale (VAS) merupakan alat pengukuran rasa nyeri yaitu untuk mengukur intensitas/tingkat nyeri yang dirasakan pasien. *Visual Analog Scale* dilakukan dengan cara khusus yaitu membuat 10-15 cm garis, dimana setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri. Ujung sebelah kiri diberi tanda tidak ada nyeri dan ujung kanan diberi tanda nyeri hebat/ “*bad pain*”. Pasien diminta

untuk menandai garis tersebut sesuai dengan level nyeri yang dirasakan. Selanjutnya jarak penandaan diukur dari batas kiri hingga pada tanda yang dibuat oleh pasien (ukuran mm), dan ini merupakan score yang menunjukkan level nyeri yang dirasakan oleh pasien. Kelebihan penggunaan (Rohmawati, 2023).

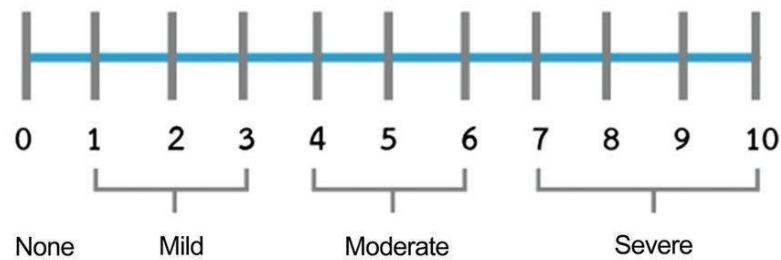
Visual Analog Scale (VAS) secara potensial, *Visual Analog Scale* lebih sensitif terhadap intensitas nyeri dari pada pengukuran lainnya seperti *Visual Analog Scale* skala 5 point karena responnya terbatas. Skala nyeri ini simple dan mudah untuk menilai skor dalam banyak kasus. *Visual Analog Scale* lebih sensitif terhadap perubahan nyeri pada nyeri kronik daripada nyeri akut. Kekurang dari *Visual Analog Scale* adalah pada beberapa pasien akan mengalami kesulitan merespon grafik *Visual Analog Scale*. *Visual Analog Scale* membutuhkan penjelasan yang akurat terhadap pasien dan perhatian yang serius terhadap skor *Visual Analog Scale* adalah hal yang vital (Rohmawati, 2023).

5) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numeric Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan.

Numerical Rating Scale (NRS) memiliki keunggulan yakni berfungsi “terbaik” untuk pasien dengan perasaan subjektif terhadap rasa nyeri yang dirasakan saat sekarang. Pada penelitian Ginong, dkk tahun 2020 menunjukkan bahwa *Numerical Rating Scale* lebih unggul dibandingkan *Visual Analog Scale* dan *Face Rating Scale*. Skala penilaian *numeric* lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi (Rohmawati, 2023).

Derajat nyeri diukur dengan skala 0-10.



Gambar 2.6. *Numeric Rating Scale* (Rohmawati, 2023)

Tingkat nyeri diukur atas dasar: tidak nyeri (none: 0), sedikit nyeri (mild: 1-3), nyeri sedang (moderate: 4-6) dan nyeri hebat (severe: 7-10) (Rohmawati, 2023).

5. Manajemen Nyeri Persalinan

Penanganan nyeri pada saat perawatan persalinan dapat menggunakan berbagai metode yang ada, metode yang diterapkan dapat memberikan perawatan penuh kasih sayang kepada ibu. Rasa sakit saat melahirkan bervariasi dari orang ke orang. Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri, termasuk jumlah kelahiran sebelumnya (pengalaman melahirkan), budaya melahirkan, emosi, dukungan keluarga, persiapan melahirkan, posisi melahirkan, presentasi janin, kadar beta-endorfin, kontraksi rahim, intensitas selama persalinan dan ambang nyeri alami. Beberapa ibu melaporkan bahwa sensasi nyeri itu menyakitkan. Meskipun tingkat nyeri bervariasi dari ibu ke ibu, teknik diperlukan untuk membuat ibu merasa nyaman selama persalinan. (Astarini, 2024).

Tubuh memiliki metode untuk mengendalikan rasa sakit saat melahirkan dalam bentuk beta-endorfin. Sebagai obat alami, beta-endorphin memiliki sifat yang mirip dengan petidin, morfin, dan heroin dan telah terbukti bekerja pada reseptor yang sama di jantung. Seperti oksitosin, beta-endorfin dilepaskan oleh kelenjar pituitari dan kadarnya tinggi selama hubungan seksual, kehamilan, persalinan, dan menyusui. Hormon ini dapat menimbulkan perasaan bahagia dan euforia saat melahirkan. (Astarini, 2024).

Beberapa cara untuk mengurangi nyeri persalinan adalah mengurangi nyeri pada sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat, dan mengurangi reaksi mental/emosional dan fisik negatif ibu terhadap nyeri. Menurut Helen

Varney, pendekatan yang dilakukan bidan untuk mengurangi nyeri saat persalinan adalah dengan memberikan dukungan persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan kemajuan persalinan, perawatan diri dan sentuhan. Stimulasi yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengurangi nyeri persalinan dapat berupa kontak fisik atau pijat. Pijat dapat dilakukan dalam bentuk pijat lumbosakral, pijat pinggul ganda, tekanan lutut, dan pijat tekanan balik untuk melahirkan. (Astarini, 2024).

6. Penatalaksanaan Nyeri

a. Farmakologis

Penanganan nyeri persalinan secara farmakologis meliputi pemberian analgesik yang dapat mengurangi dan menghilangkan nyeri, serta anestesi yang menghilangkan sensasi pada bagian tubuh, baik sebagian atau seluruhnya. Penatalaksanaan nyeri ibu secara farmakologis bertujuan untuk memberikan dampak seminimal mungkin terhadap ibu, seperti kesadaran, kontraksi rahim, tenaga ibu dalam mengejan, dan juga terhadap janin. Penatalaksanaan farmakologis ini dapat secara efektif mengurangi nyeri persalinan. memberikan sensasi nyeri minimal, kenyamanan dan relaksasi. Contoh metode farmakologis adalah petidin, anestesi epidural, Entonox (Aditya Arbi Setyawan, 2020).

b. Non farmakologis

Manajemen nyeri non farmakologis pada persalinan bertujuan untuk mengendalikan nyeri dan menekankan pada pemenuhan harapan ibu untuk pengendalian nyeri. Metode non farmakologis memiliki manfaat selain mengurangi nyeri persalinan. Mereka juga non-invasif, sederhana, efektif dan tidak memiliki efek berbahaya. (Aditya Arbi Setyawan, 2020).

Beberapa contoh metode non-farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa sakit meliputi terapi panas dan dingin, terapi sentuhan, pijat, refleksiologi relaksasi, stimulasi saraf transkutan atau subkutan, terapi air, penggunaan bola bersalin, terapi musik, akupresur, dan aromaterapi. (Aprilianti, 2021).

C. Counter Pressure Massage

1. Pengertian Counter Pressure Massage

Pijat kontra-tekanan adalah pijatan bertekanan tinggi dengan tumit tangan atau bagian datar tangan, atau dengan bola tenis, di daerah pinggang tempat orang tersebut merasakan nyeri punggung. Teknik pemijatan tekanan balik ini dilakukan di daerah pinggang tempat saraf sensorik dari rahim dan leher rahim berjalan bersama saraf simpatik dari rahim yang memasuki tulang belakang melalui saraf toraks 10-11-12 di daerah pinggang. *Impuls* rasa sakit ini dapat diblok yaitu dengan memberikan rangsangan pada saraf yang berdiameter besar yang menyebabkan gate control akan tertutup dan rangsangan sakit tidak dapat diteruskan ke *korteks serebral* (Fauziah et al., 2024)

Teknik pijat anti tekanan saat proses melahirkan akan membantu mengatasi kram otot, mengurangi rasa nyeri, rasa cemas, mempercepat proses melahirkan, menghilangkan ketegangan otot pada paha, diikuti dengan mengembangkannya tulang panggul akibat relaksasi otot sekitar panggul dan memperlancar turunnya bayi ke jalan lahir, efektif mengurangi efek samping persalinan yang relatif aman. (Astarini, 2024).

2. Mekanisme Counter Pressure Massage

Tekanan balik dapat meredakan nyeri akut dan memberikan sensasi menyenangkan yang melawan ketidaknyamanan selama dan di antara kontraksi. Teknik pijat anti-tekanan membantu menutup pintu bagi pesan nyeri yang dikirim ke sumsum tulang belakang dan otak. Selain itu, tekanan tinggi yang diberikan saat melakukan teknik pijat counter pressure dapat mengaktifkan senyawa endorfin sehingga transmisi pesan nyeri dapat dihambat, yang kemudian berujung pada penurunan intensitas nyeri. menyakitkan (Astarini, 2024)

Sumber nyeri pada tahap pertama, yang berasal dari saluran genital bagian bawah, termasuk perineum, anus, vulva, dan klitoris, ditransmisikan melalui saraf pudendal ke sumsum tulang belakang melalui saraf sakral ke-4, ke-3, dan ke-2. Selain teori ini, teknik kontra-tekanan juga dapat dijelaskan menggunakan teori opiat endogen, di mana reseptor opiat di otak dan sumsum tulang belakang

mengaktifkan sistem saraf pusat untuk memicu zat mirip morfin yang disebut endorfin dan euforia. datang ketika rasa sakitnya hilang. Obat-obatan opiat Pelepasan pengganggu endokrin ini dapat dirangsang melalui rangsangan kulit melalui pijatan. Reseptor opiat ini terletak di ujung saraf sensorik perifer. Pijat juga dapat mengaktifkan endorfin atau senyawa penawar alami dalam sistem kendali menurun dan mengendurkan otot untuk mengurangi rasa sakit. (M. A. Wulandari et al., 2023).

Metode pijat kontra-tekanan dapat membantu mengurangi rasa sakit dengan memberikan tekanan konstan pada sakrum pasien selama kontraksi. Tekanan dapat diberikan dalam gerakan linier atau melingkar, menggunakan alas atau kepalan tangan. Bukti menunjukkan bahwa teknik ini efektif dalam meredakan nyeri punggung yang terjadi selama bekerja. (M. A. Wulandari et al., 2023). Penelitian yang dilakukan oleh (Fauziah et al., 2024). bahwa rata-rata nyeri persalinan pada kelompok intervensi adalah 7,88 dan setelah menerima pijat pereda tekanan, rata-rata nyeri persalinan adalah 7,45. Hasil analisis menggunakan SPSS diperoleh P_v sebesar 0,014 ($\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata nyeri sebelum dan sesudah diberikan pijat pereda tekanan.

3. Teknik Mengurangi Nyeri dengan Metode *Counter Pressure Massage*

Teknik pijat counter pressure dilakukan dengan memberikan tekanan pada sumber nyeri di bagian punggung bawah saat melahirkan, sehingga dengan melakukan pijat counter pressure saat proses melahirkan akan membantu mengatasi kram otot, mengurangi rasa nyeri, mempercepat proses melahirkan, menghilangkan ketegangan otot di paha yang diikuti dengan pengembangan tulang panggul akibat relaksasi otot dasar panggul. (Adahlia, 2021).

Menurut (Adahlia, 2021), yaitu langkah-langkah yang dilakukan dalam pelaksanaan counter pressure massage sebagai berikut:

- a. Tindakan untuk mengurangi nyeri persalinan dilakukan pada tahap pertama (tahap dilatasi).

- b. Bila melakukan pemijatan dengan bentuk tekanan kuat, cara melakukannya adalah dengan meletakkan pangkal telapak tangan atau bisa juga dengan menggunakan bola tenis.
- c. Tekanan diberikan pada punggung bawah jika terasa nyeri.
- d. Tekanan dalam pijatan tekanan balik dapat diberikan dengan gerakan lurus atau gerakan memutar kecil.
- e. Tekanan diberikan selama kontraksi
- f. Prosedur ini berlangsung selama 30 menit.
- g. Pijat anti tekanan tidak dapat dilanjutkan apabila ibu kandung merasa tindakan ini tidak dapat mengurangi rasa sakit.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Persalinan Kala I

Pengertian pengkajian dalam keperawatan adalah pencatatan hasil pengkajian yang dilakukan dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, kemudian mengumpulkan data dasar dan membentuk catatan tentang reaksi kesehatan pasien dengan tujuan untuk menyusun penjelasan pasien, membuat data dasar bagi pasien. Penilaian yang lengkap dan akurat akan membantu memahami masalah pasien. Pertanyaan ini menggunakan data penilaian sebagai aliran informasi yang didefinisikan sebagai diagnosis. (Silalahi & Widjayanti, 2022).

1. Pengkajian

- a. Identitas, termasuk nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, etnis, nomor registrasi, tanggal masuk ke pusat kesehatan, dan diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

Biasanya ibu yang melahirkan kala satu mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar hingga punggung dan paha. Karakteristik nyeri dinilai menggunakan istilah PQRST.

Untuk menentukan prioritas dalam perencanaan keperawatan keluhan yang dirasakan pasien saat ini dikumpulkan dalam data pasien. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST sebagai berikut:

- 1) *Paliatif/provokatif*, artinya yang menimbulkan nyeri perut, faktor pemicunya adalah persalinan. (Rosmawati et al., 2022)
- 2) *Kualitatif/kuantitatif*, yakni bagaimana keluhan tersebut diuraikan dan sejauh mana keluhan tersebut, seperti nyeri berdenyut, kencang, tumpul atau menusuk. *Region/Radiasi* yaitu lokasi keluhan yang dirasakan dan daerah penyebarannya
- 3) Derajat/beratnya keluhan, yaitu seberapa parah keluhan tersebut, apakah mengganggu atau tidak. Saat bersalin, nyerinya masih terasa menyakitkan pada skala 7 sampai 8 (0 sampai 10).
- 4) Waktu, yaitu saat pengaduan mulai terjadi dan lamanya kejadian tersebut. Biasanya saat persalinan Anda merasakannya datang dan pergi atau konstan.

c. Riwayat Kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan terkini, yang berisi informasi tentang penilaian yang dilakukan untuk menentukan alasan persalinan, misalnya posisi bayi dan keadaan kehamilan.

- 2) Riwayat kesehatan

Unsur-unsur yang harus dipelajari dalam riwayat kesehatan adalah penyakit-penyakit yang pernah diderita pasien terutama penyakit-penyakit menahun, infeksi dan menahun seperti hipertensi, jantung, kencing manis, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

- 3) Riwayat Obstetri

Pada evaluasi riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, dan abortus yang ditandai dengan kode GxPxAx (Hamil, Pra, Abortus), riwayat menarche, siklus, menstruasi, ada atau tidaknya nyeri haid, dan gangguan menstruasi lainnya.

- 4) Riwayat Kontrasepsi

Hal-hal yang diperiksa dalam riwayat kontrasepsi difokuskan pada apakah ibu pernah mengikuti program kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, apakah ibu pernah mengalami masalah dengan penggunaan kontrasepsi, dan apakah ibu akan menggunakan kontrasepsi lagi setelah masa nifas.

5) Pemeriksaan *Head to toe*

- 1) Tanda-tanda vital termasuk tekanan darah, suhu, denyut nadi, detak jantung
- 2) Kepala, meliputi bentuk kepala, kebersihan kulit kepala, adanya benjolan atau lesi, dan, secara umum, pada ibu setelah melahirkan, chloasma gravidarum.
- 3) Leher meliputi kelenjar tiroid dan vena jugularis.
- 4) Payudara, meliputi pemeriksaan kemerahan, bengkak, palpasi adanya benjolan, dan evaluasi nyeri tekan.

6) *Abdomen*

Pemeriksaannya meliputi pemeriksaan *striae dan linea, diastasis rectus abdominis*, yaitu terpisahnya otot *rektus abdominis* lebih dari 2,5 cm setinggi pusar akibat pengaruh hormon pada garis putih dan akibat regangan mekanis jari perut pada garis tengah, metode pemeriksaan indeks pada dua bagian lambung. Jika dua jari pas, berarti *diastasis recti* ibu normal, bila jari lebih dari dua berarti tidak normal. *Genitalia*, pemeriksaan *Genitalia* untuk melihat apakah terdapat edema, tanda – tanda infeksi, pemeriksaan pada *lochea* meliputi warna, bau, jumlah dan konsistensinya

- 7) Anggota badan, selama pemeriksaan kaki, periksa: varises, edema, refleks patella, nyeri tekan atau hangat di betis. Ada sinyal hormon, cara melakukannya adalah dengan meletakkan tangan Anda di lutut ibu dan memberikan tekanan ringan untuk menjaga lutut tetap lurus. Bila induk merasakan nyeri betis dengan tindakan ini, tanda Homan adalah (+).

2. Diagnosa

a. Diagnosis saat ini

Diagnosis menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan dikonfirmasi pada klien.

b. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dapat menempatkan mereka pada risiko masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor maupun minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko masalah kesehatan.

c. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kesehatan mereka ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Berikut ini adalah penjelasan masing-masing komponen diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

Tabel 2.2. Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosis Keperawatan

No	Jenis Keperawatan	Diagnosis Komponen dan penulisan diagnosis
1	Diagnosis Aktual	Masalah b.d penyebab d.d tanda/gejala
2	Diagnosis Resiko	Masalah d.d factor resiko
3	Diagnosis kesehatan	Promosi Masalah d.d tanda/gejala

SDKI mengelompokkan tanda dan gejala menjadi dua kategori, yaitu:

1) Mayor

Tanda dan gejala yang ditemukan dalam rentang 80-100% untuk validasi penegakan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2) Minor

Tanda dan gejala tidak harus ditemukan namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda dan gejala mayor dalam penegakan diagnosa.

Masalah yang mungkin terjadi pada ibu hamil dengan kekurangan energi kronik yaitu:

- Nyeri akut berhubungan dengan proses persalinan (dilatasi serviks, kontraksi uterus) (D.0077)
- Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang cara mengatasi Nyeri (D.0111).

3. Intervensi

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (Outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tujuan Keperawatan berdasarkan SMART yaitu:

- a. S: Spesifik (tidak memberikan makna ganda)
- b. M: *Measureable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
- c. A: *Achievable* (secara Realistis dapat dicapai)
- d. R: *Reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)
- e. T: *Time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

Tabel 2.3. Diagnosis, Luaran dan Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan								
		Luaran Keperawatan (SLKI)						Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional	
1	Nyeri akut berhubungan dengan proses persalinan (dilatasi serviks, kontraksi uterus) (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang	Tingkat Nyeri (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x..... jam diharapkan Keluhan nyeri menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut:						Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Nyeri. 2. Identifikasi Skala Nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Untuk mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Nyeri. 2. Untuk Mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau non verbal	
		Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat			
		Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5			
			Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun			
		Keluhan Nyeri	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 sendiri	1	2	3	4	5			
		Diaforesis	1	2	3	4	5			
		Perasaan depresi	1	2	3	4	5			

berlangsung kurang dari 3 bulan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Ibu mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi Nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif	(tertekan)						4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer	4. Untuk mengetahui faktor pencetus dari nyeri yang dialami dan membantu pemberian intervensi yang akan diberikan 5. Untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 6. Untuk membantu pemberian intervensi yang akan diberikan kepada pasien 7. Untuk mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien 8. Untuk mengevaluasi keberhasilan terapi
	Perasaan takut mengalami cedera berulang	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		
	Pupil dilatasi	1	2	3	4	5		
	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 berpikir	1	2	3	4	5		
	Fokus	1	2	3	4	5		
	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5		
	Perilaku	1	2	3	4	5		
	Nafsu makan	1	2	3	4	5		
	Pola tidur	1	2	3	4	5		

	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola Napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis		yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>counter pressure massage</i>) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur	komplemen-ter yang sudah diberikan. 10. Untuk mengetahui efek samping analgesic yang mungkin dirasakan pasien Terapeutik 1. Agar pasien dapat mengetahui Teknik non farmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri 2. Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri 3. Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat
--	--	--	---	---

			4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan	4. Untuk membantu pemberian intervensi Edukasi 1. Untuk memberikan informasi terkait nyeri yang dialami pasien 2. Untuk membantu mengurangi nyeri secara mandiri 3. Untuk membantu pelayanan kesehatan memberikan intervensi lanjutan pada pasien apabila dirasa nyeri semakin bertambah 4. Untuk membantu mengurangi nyeri
--	--	--	--	--

			analgetik secara tepat 5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	5. Untuk mengurangi rasa nyeri dan membantu pasien menjadi rileks Kolaborasi Analgetik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang
--	--	--	--	--

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan								
		Luaran Keperawatan (SLKI)						Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional	
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056) Definisi: Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari - hari Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Ibu mengeluh lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Intoleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x..... jam diharapkan Intoleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut:						Manajemen Energi (1.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidak-nyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya,	Manajemen Energi (1.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	
		Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat			
		Frekuensi nadi	1	2	3	4	5			
		Saturasi Oksigen	1	2	3	4	5			
		Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari	1	2	3	4	5			
		Kecepatan berjalan	1	2	3	4	5			
		Jarak berjalan	1	2	3	4	5			
		Kekuatan tubuh bagian atas	1	2	3	4	5			
		Kekuatan tubuh bagian bawah	1	2	3	4	5			
		Toleransi dalam menaiki tangga	1	2	3	4	5			
		Keluhan Lelah	1	2	3	4	5			

	Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Dispnea saat/ setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa Lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% kondisi istirahat 2. Gambara EKG menunjukkan aritmia saat / setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan Iskhemia 4. Sianosis 5. Dispnea	Dispnea saat aktivitas	1	2	3	4	5	suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	(cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi posisi duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
		Dispnea setelah aktivitas	1	2	3	4	5		
		Perasaan lemah	1	2	3	4	5		
		Aritmia saat aktivitas	1	2	3	4	5		
		Aritmia setelah aktivitas	1	2	3	4	5		
		Sianosis	1	2	3	4	5		
		Aritmia saat aktivitas	1	2	3	4	5		
			Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik		
		Warna kulit	1	2	3	4	5		
		Tekanan darah	1	2	3	4	5		
		Frekuensi napas	1	2	3	4	5		
		EKG Iskhemia	1	2	3	4	5		

			Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
--	--	--	--	---

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan							
		Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional	
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang cara mengatasi Nyeri (D.0111) Definisi Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik Gejala dan tanda mayor Subjektif 5. Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x..... jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut:						Edukasi Kesehatan (1.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan	Edukasi Kesehatan (1.12383) Observasi 1. Memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi 2. Mengidentifikasi faktor yang yang dapat menurunkan perilaku hidup bersih Terapeutik 1. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih
		Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat		
		Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5		
		Verbalisasi minat dalam belajar	1	2	3	4	5		
		Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5		
		Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	1	2	3	4	5		
		Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5		

N O	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan							
		Luaran Keperawatan (SLKI)						Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
	2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Objektif 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)		Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	2. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya.	mudah dan menarik 2. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing – masing 3. Memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi
		Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1	2	3	4	5		
		Persepsi yang keliru terhadap masalah	1	2	3	4	5		
		Menjalani pemaksaan yang tidak tepat	1	2	3	4	5		
			Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik		
		Perilaku	1	2	3	4	5		
								Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	Edukasi 1. Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati – hati 2. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat

			3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	menjalankan PHBS dengan optimal 3. Untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat
--	--	--	--	---

4. Implementasi

Bagian dari proses keperawatan adalah implementasi asuhan keperawatan, yang merupakan kategori perilaku keperawatan yang diterapkan dan diselesaikan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan. Menurut definisi ini, implementasi berarti melaksanakan atau menyelesaikan tindakan yang telah direncanakan.

5. Evaluasi

Tahap terakhir dari proses keperawatan adalah evaluasi keperawatan, yang dilakukan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan mereka dalam mencapai tujuan.

a. S. (*subjektif*)

Informasi yang disampaikan langsung oleh penderita atau keluarga penderita yang sudah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O. (*objektif*)

Adalah informasi yang didapatkan dari hasil observasi atau pengamatan pemeriksaan pengukuran setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A. (*analisis*).

Adalah perbandingan antara hasil pemeriksaan atau data objektif dengan data yang diperoleh dari informasi yang disampaikan penderita atau keluarga penderita bagian ini sangat penting untuk menentukan tindakan keperawatan yang dilanjutkan atau tidak.

d. P. (*planning*).

Adalah rencana keperawatan yang dilanjutkan apabila data dari hasil analisis di atas maupun yang disampaikan penderita (Nurarif, 2021).