

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan (Intranatal)

1. Definisi

Periode intranatal atau disebut juga persalinan, merupakan suatu proses pengeluaran janin dan plasenta dari uterus, dengan ditandai meningkatnya aktivitas otot rahim (intensitas dan frekuensi kontraksi) yang mengakibatkan penipisan dan pembukaan serviks serta keluarnya lender darah (*bloody show*) dari vagina (Manurung, 2011; Karjatin, 2016).

Persalinan merupakan proses ketika bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal apabila prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan mengakibatkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) serta berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Sondakh, 2015).

2. Faktor yang mempengaruhi

a. Power (kontraksi/HIS ibu)

Otot uterus atau myometrium berkontraksi dan relaksasi selama kala 1 persalinan. Hal yang perlu dikaji saat kontraksi atau HIS kala I yaitu :

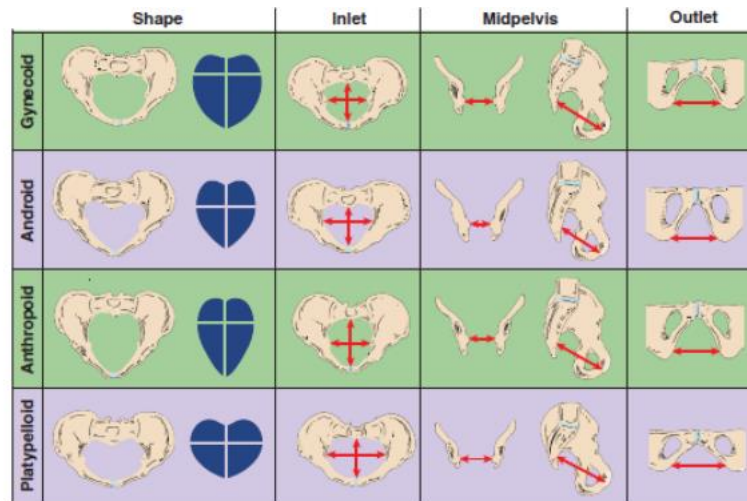
- 1) Frekuensi: menghitung banyaknya kontraksi selama 10 menit (misal terjadi setiap 3-4 menit).
- 2) Durasi: menghitung lama terjadinya kontraksi, tercatat dalam hitungan detik (misal setiap kontraksi berlangsung 45-50 detik).

3) Intensitas: kekuatan kontraksi. Hal ini ditinjau dengan palpasi menggunakan ujung jari pada bagian fundus perut ibu dan digambarkan sebagai:

- a) Ringan : dinding rahim mudah menjorok selama kontraksi.
- b) Sedang : dinding rahim tahan terhadap lekukan selama kontraksi.
- c) Kuat : dinding rahim tidak dapat indentasi selama kontraksi.

b. *Passageaway* (jalan lahir)

Pada bagian ini terdiri dari tulang panggul dan jaringan lunak leher rahim/serviks, panggul, vagina, dan introitus (liang vagina). Bentuk panggul ideal yang dapat melahirkan secara pervaginam disebut ginekoid.



Gambar 1 Berbagai tipe panggul (ginekoid, android, anthropoid, platipeloid)

c. *Passanger* (janin, plasenta dan ketuban)

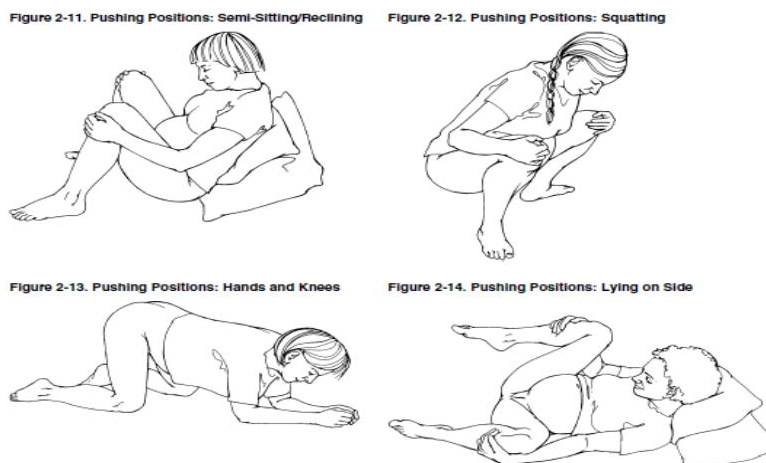
Penumpang/janin merupakan yang dimaksud dengan passanger. Passanger/janin serta hubungannya dengan jalan lahir, merupakan faktor utama dalam proses persalinan. Hubungan antara janin dan jalan lahir termasuk tengkorak janin, sikap janin, sumbu janin, presentasi janin, posisi janin, dan ukuran janin.

d. Psikologis ibu

Pengalaman dan kepuasan seorang ibu selama proses persalinan dapat ditingkatkan apabila ada koordinasi tujuan diadakannya kolaborasi antara ibu dan petugas kesehatan dalam perencanaan perawatan. Apabila ibu mengalami cemas berlebihan, maka proses dilatasi/pelebaran serviks akan terhambat yang mengakibatkan partus lama dan meningkatkan persepsi nyeri. Kecemasan ibu dapat meningkatkan hormon yang berhubungan dengan stress seperti beta-endorphin, hormon adrenocorticotrophic, kortisol dan epineprin. Hormon-hormon tersebut meningkat lalu menurunkan kontraktilitas (kontraksi) uterus.

e. Posisi ibu

Posisi ibu melahirkan dapat membantu adaptasi secara anatomis dan fisiologis untuk bersalin. Perawat dapat memberi informasi mengenai posisi ibu bersalin untuk memberikan dukungan pada ibu bersalin. Persalinan atau partus merupakan proses pengeluaran janin, plasenta, dan membrane dikeluarkan melauai rahim (Karjatin, 2016).



Gambar 2 Berbagai Posisi Ibu Bersalin dan Proses Persalinan

3. Persalinan kala I

Kala I intranatal didefinisikan dengan terjadinya perubahan perkembangan serviks (leher rahim). Karakteristik kala I sebagai berikut:

- a. Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sehingga serviks membuka lengkap (10 cm).
- b. Kala I merupakan tahap terpanjang, biasanya berlangsung selama 12 jam pada primigravida dan 8 jam pada multigravida.
- c. Selaput membran amnion atau selaput janin biasanya pecah pada tahap ini.
- d. Peningkatan curah jantung ibu dan denyut jantung janin dapat meningkat.
- e. Penurunan motilitas/gerakan gastrointestinal, sehingga terjadinya peningkatan waktu pengosongan lambung (Mattson and Smith, 2004).
- f. Ibu mengalami rasa nyeri yang berhubungan dengan kontraksi uterus saat serviks membuka dan menipis.

Menurut Karjatin (2016), kala I dibagi menjadi 2 tahap, yaitu fase laten dan fase aktif sebagai berikut:

- a. Fase laten
 - 1) Dimulainya sejak awal kontraksi hingga penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - 2) Berlangsung sampai serviks membuka <4 cm
 - 3) Pada umumnya berlangsung hingga atau hampir 8 jam.
- b. Fase aktif
 - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus terjadi peningkatan secara bertahap (kontraksi 3 kali dalam 10 menit, selama 40 detik/lebih).

- 2) Pembukaan dari 4-10 cm terjadi rata-rata kecepatan 1 cm/jam (nulipara/primigravida) atau lebih dari 1-2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan pada bagian paling bawah janin.

Menurut Sumarah (2011), perubahan fisik atau fisiologis dan perubahan psikologis yang terjadi pada kala I, sebagai berikut:

a. Perubahan Fisiologis Kala I

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus, kenaikan sistolik rata-rata 10 sampai 20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5 sampai 10 mmHg. Tekanan darah akan turun saat sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi apabila terjadi kontraksi.

2) Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik dan anarobik akan meningkat secara perlahan. Peningkatan ini diakibatkan oleh kecemasan dan kegiatan otot tubuh.

3) Suhu Badan

Suhu badan akan naik sedikit selama persalinan dan peningkatan suhu tertinggi akan terjadi selama persalinan maupun setelah persalinan. Kenaikan dianggap normal apabila tidak melebihi 0,5 sampai 1 derajat celcius.

4) Denyut Jantung

Denyut jantung saat kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Kenaikan denyut jantung yang sedikit tersebut dianggap kenaikan yang normal, meskipun demikian pemeriksaan secara berkala diperlukan untuk mengidentifikasi adanya infeksi.

5) Pernafasan

Peningkatan pada pernapasan saat persalinan terjadi karena adanya rasa nyeri, kecemasan, serta penggunaan teknik pernafasan yang salah.

6) Perubahan Renal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, hal ini dikarenakan kardiak output yang meningkat, serta diakibatkan filtrasi glomerulus dan aliran plasma ke renal. Protein urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang fisiologis, akan tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar.

7) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan kemampuan pergerakan gastrik dan penyerapan makanan padat akan mengakibatkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan sehingga mengakibatkan konstipasi.

8) Perubahan Hematologis

Hemoglobin akan meningkat sebesar 1,2 gram/100ml selama persalinan dan kembali normal sebelum persalinan pada hari pertama pascapersalinan jika tidak ada kehilangan darah selama persalinan. Jumlah sel darah putih meningkat secara bertahap pada tahap awal persalinan dari 5.000 menjadi 15.000 sel darah putih sampai tahap pertama pelebaran lengkap, yang bukan merupakan tanda infeksi. Kemudian dia turun lagi seperti sebelumnya.

9) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus terjadi akibat adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron sehingga mengakibatkan keluarnya hormon oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri menjalar ke bawah dan bekerja secara bertahap dan kuat dalam proses mendorong janin ke bawah. Disisi lain uterus

bagian bawah pasif hanya mengikuti tarikan dengan segmen atas rahim yang menyebabkan serviks menjadi terbuka dan lembek. Kerjasama antara uterus bagian atas dan bagian bawah disebut polaritas.

10) Pembentukan Segmen Atas Rahim dan Segmen Bawah Rahim

Segmen superior rahim (SAR) terbentuk di bagian atas rahim karena sifat otot yang lebih tebal dan lebih berkontraksi. Pada bagian ini terdapat banyak otot oblique dan longitudinal. RAS terbentuk dari fundus ke tanah genting rahim. Segmen bawah rahim (SBR) terletak di bagian bawah rahim antara ishmus dan serviks, yang sifatnya adalah otot tipis dan elastis, di bagian ini banyak terdapat otot yang bulat dan memanjang.

11) Perkembangan Retraksi Ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak terlihat dan akan terlihat pada persalinan abnormal, sebab kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol di atas simpisis yang merupakan tanda dan ancaman ruptur uteris.

12) Penarikan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang melindungi ostium uteri internum (OUI) diregangkan oleh SAR sehingga serviks memendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang saat kanal serviks mengembang dan lubang ektopik (OUE) terbentuk saat ujung dan bentuknya menyempit.

13) Pembentukan Ostium Uteri Interna dan Ostium Uteri Eksterna

Pembukaan serviks disebabkan oleh membesarnya OUE, karena otot yang melingkar disekitar ostium meregang agar dapat dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja karena penarikan SAR, tetapi juga disebabkan tekanan isi uterus yaitu

kepala dan kantong amnion. Pada primigravida dimulai dari OUI terbuka terlebih dahulu baru OUE membuka saat persalinan terjadi. Di sisi lain pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

14) Show

Show merupakan pengeluaran dari vagina yang terdiri dan sedikit lendir bercampur darah, lendir ini berasal dari ekstruksi lendir yang menyumbat kanalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dan desidua vera yang lepas.

15) Tonjolan Kantong Ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan karena adanya regangan SBR yang mengakibatkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka. Cairan ini terbagi dua, yaitu *fore water* dan *hind water* yang berguna untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi *fluid pressure*. apabila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, akibatnya plasenta akan tertekan dan menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan mengakibatkan janin kekurangan oksigen.

16) Pemecahan Kantong Ketuban

Pada akhir kala satu apabila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

b. Perubahan psikologis kala I

1) Kala I fase laten

Pada awal persalinan, pasien sering kali belum cukup yakin bahwa akan benar-benar melahirkan meskipun tanda persalinan cukup jelas. Pada tahap ini penting bagi orang terdekat dan penolong persalinan untuk meyakinkan dan memberikan dukungan psikologis terhadap perkembangan persalinan. Seiring dengan kemajuan proses persalinan dan intensitas nyeri akibat kontraksi yang meningkat, ibu akan mulai merasakan putus asa dan lelah. Ibu akan selalu bertanya kapan lahir. Ibu akan bahagia setiap dilakukan pemeriksaan dalam (*vaginal touchè*) dan berharap bahwa hasil pemeriksaan mengindikasikan bahwa proses persalinan akan segera berakhir.

2) Kala I fase aktif

Memasuki kala I fase aktif, mayoritas ibu akan mengalami penurunan stamina dan tidak mampu lagi untuk turun dari tempat tidur, terutama pada ibu primipara. Pada fase ini biasanya ibu tidak suka ketika diajak bicara atau diberi nasihat terkait hal yang seharusnya dilakukan. Ibu lebih fokus untuk mengontrol rasa sakit dan keinginan untuk meneran. Hal yang paling tepat untuk dilakukan yaitu membiarkan ibu mengatasi keadaannya sendiri tetapi tidak meninggalkannya. Kehadiran suami disisinya dengan membisikkan semangat dan doa di telinga ibu akan sangat membantu pada beberapa kasus.

3) Kala I akhir

Menjelang kala II ibu sudah mampu beradaptasi dengan rasa nyeri akibat kontraksi dan kepercayaan dirinya mulai tumbuh. Pada fase ini ibu akan kembali bersemangat untuk menghadapi persalinannya. Ibu akan fokus dengan instruksi yang diberikan oleh penolong persalinan. Pada tahap ini ibu sangat membutuhkan

dukungan psikologis untuk menghadapi tahap persalinan berikutnya dan apresiasi terhadap keberhasilannya dalam melawati tahap-tahap sebelumnya.

4. Nyeri persalinan/melahirkan

Nyeri persalinan merupakan kontraksi miometrium akibat proses fisiologis dengan intensitas berbeda pada tiap individu. Nyeri persalinan merupakan manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) otot rahim. Hal ini mengakibatkan terbukanya mulut rahim (serviks), sehingga akan menyebabkan persalinan (Rejeki, 2020).

Nyeri yang dirasakan oleh ibu selama persalinan disebabkan oleh kontraksi uterus, dilatasi serviks, serta pada akhir kala I dan kala II disebabkan oleh peregangan vagina dan dasar pelvis untuk menampung bagian presentasi. Ketidaknyamanan (nyeri) selama kala I diakibatkan dilatasi dan penipisan serviks serta iskemia uterus, akibat penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal terjadi defisit yang disebabkan kontraksi arteri miometrium, disebut juga nyeri visceral (Rejeki, 2020).

Teori *gate control* menyatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls nyeri dihambat ketika pertahanan ditutup. Upaya menutup pertahanan merupakan dasar teori penghilang nyeri. Saraf yang berdiameter kecil menghantarkan impuls ke hipotalamus, lalu dipancarkan ke korteks serebri sehingga terjadi persepsi nyeri, dilain sisi saraf berdiamter besar berupaya menghambat transmisi impuls nyeri ke spinal cord ke otak. Mekanisme ini terjadi pada sel-sel sustancia gelatinosa pada kornus dorsalis di spinal cord (Rejeki, 2020).

Nyeri visceral atau sering disebut *visceral dull and aching*, bersifat lambat, dalam dan tidak terlokalisir. Dideskripsikan dengan istilah tumpul atau agak sakit. nyeri ini mendominasi kala I persalinan diakibatkan kontraksi dan pembukaan rahim. Biasanya nyeri kontraksi dimulai dari bagian bawah punggung, lalu menyebar ke bawah perut, kemudian terdapat kemungkinan menyebar ke kaki. Nyeri dirasakan seperti sedikit tertusuk, kemudian mencapai puncak, lalu menghilang seutuhnya. Mayoritas ibu mengalaminya seperti nyeri haid atau seperti gangguan saluran pencernaan seperti mulas diare. Pada kala ini, nyeri disebut dengan nyeri primer dan sekunder. Nyeri primer yaitu saat kontraksi persalinan pada daerah pinggang, punggung, perut dan pangkal paha. Nyeri sekunder yaitu efek dari kontraksi, misal mual, muntah, pusing, tubuh gemetar, sakit kepala, panas-dinging, pegal, dan nyeri otot (Rejeki, 2020).

B. Masalah Nyeri Melahirkan pada Ibu Intranatal Kala I

1. Pengertian

Nyeri melahirkan adalah pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan (PPNI, 2016).

2. Penyebab

- a. Dilatasi serviks
- b. Pengeluaran janin

3. Gejala dan tanda mayor

- a. Subjektif

1) Mengeluh nyeri

b. Objektif

1) Ekspresi wajah meringis berposisi meringankan nyeri uterus teraba membulat

4. Gejala dan tanda minor

a. Subjektif

Tidak tersedia

b. Objektif

1) Tekanan darah meningkat

2) Frekuensi nadi meningkat

3) Ketegangan otot meningkat

4) Pola tidur berubah

5) Fungsi berkemih berubah

6) Diaphoresis

7) Gangguan perilaku

8) Pupil dilatasi

9) Fokus pada diri sendiri

5. Kondisi klinis terkait

a. Proses persalinan

6. Penatalaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien berpindah dari masalah kesehatan menuju kesehatan yang baik dengan menguraikan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi harus fokus pada kebutuhan klien, faktor lain yang mempengaruhi

kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan aktivitas komunikasi.

Terdapat beberapa macam tindakan yang dapat dilakukan pada klien yang mengalami masalah keperawatan nyeri melahirkan, salah satunya yaitu dengan memberikan penanganan non-farmakologi dengan memberikan stimulus pada area kulit. Terdiri dari pemberian kompres hangan, kompres dingin, *massage*, TENS (*trancutaneous electrical nerve stimulation*), rendam air garam atau jahe.

Selain hal tersebut, penanganan non-farmakologi dapat menggunakan metode *massage effleurage*. Ibu yang diberikan perlakuan *massage effleurage* selama kala I intrapartum akan lebih bebas dari rasa sakit, sebab pijat dapat merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami, serta menciptakan perasaan nyaman dan aman. *Massage* dianggap “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat (Herinawati dkk, 2019).

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan pada Ibu Intranatal Kala I

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah terpenting dalam proses keperawatan. Jika langkah ini tidak diselesaikan dengan cara yang berpusat pada klien, perawat akan kehilangan kendali atas langkah selanjutnya dalam proses keperawatan. Ada dua jenis pengkajian, *pre-assessment* dan pengkajian mendalam. Keduanya memerlukan pengumpulan data dan mungkin merupakan langkah termudah untuk diselesaikan (Hidayat, 2021).

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Proses kolaboratif yang melibatkan perawat, ibu dan kelompok medis lainnya. Penilaian dilakukan dengan metode wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam penelitian ini diperlukan kecermatan dan ketelitian agar pendataan lebih akurat, sehingga pengelompokan dapat dilakukan sebelum data lengkap tersedia. Pengkajian yang dilakukan penting untuk menentukan status ibu dan janin (Mitayani, 2013).

a. Identitas pasien

Lakukan pengkajian pasien dengan menanyakan nama, umur, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, suku, agama, alamat, nomor rekam medis (RM), tanggal masuk (MRS), dan tanggal pengkajian. Identitas penanggung jawab pasien juga dikaji

b. Riwayat kesehatan pasien

1) Data kesehatan

Kaji keluhan utama pasien yang paling dirasakan pada saat pemeriksaan.

c. Riwayat obstetri dan ginekologi

Mengkaji pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan lalu dan saat ini, riwayat persalinan, nifas yang lalu, dan riwayat keluarga berencana.

2) Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pasien dan keluarga, seperti ada tidaknya penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus (DM), dan juga penyakit menular seperti TB, HIV/AIDS, hepatitis dan sebagainya.

3) Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta keamanan dan proteksi.

Pengkajian nyeri termasuk kedalam subkategori nyeri dan kenyamanan. Pengkajian nyeri yang akurat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk memilah terapi yang tepat, dan untuk mengevaluasi respon klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien yaitu nyeri dapat diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat diukur, serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Potter and Perry, 2019).

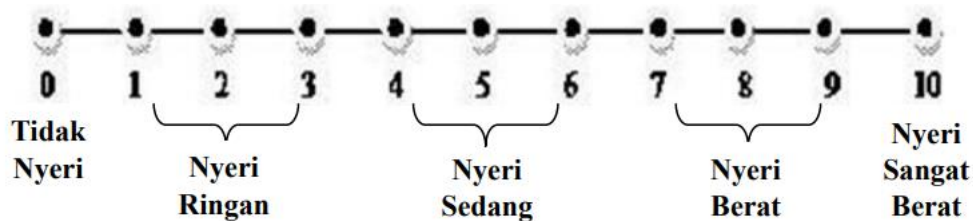
a) Karakteristik nyeri

Untuk membantu klien mempresentasikan masalah atau keluhannya secara lengkap, perawat dapat melakukan pengkajian untuk melihat karakteristik nyeri dengan menggunakan analisis symptom. Komponen penilaian analisis symptom termasuk (PQRST). P (paliatif atau provocative) adalah penyebab masalah, Q (quality atau quantity) adalah kualitas dan kuantitas nyeri, R (region) adalah lokasi nyeri, S (severity) adalah tingkat keparahan dan T (Timing) adalah waktu (Andarmoyo, 2013).

b) Pengukuran intensitas nyeri

Penatalaksanaan nyeri membutuhkan penilaian dan usaha yang cermat untuk memahami pengalaman nyeri pasien dan mengidentifikasi penyebab, sehingga penyebab tersebut dapat dihilangkan. Intensitas nyeri merupakan gambaran terkait seberapa berat nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat

subyektif, dan nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Intensitas nyeri dapat dinilai secara sederhana dengan meminta pasien untuk mendeskripsikan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, tajam, terbakar). Penilaian ini dapat diakses dengan menggunakan alat yang lebih formal (Andarmoyo, 2013). Salah satu cara untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Numerical Rating Scale* (NRS). Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari garis horizontal yang dibagi rata menjadi 10 segmen yang diberi nomor dari 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 mewakili "tidak ada rasa sakit sama sekali" dan 10 mewakili "rasa sakit paling hebat yang dapat mereka bayangkan". Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling menggambarkan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada waktu tertentu.



Gambar 3 Numerical Rating Scale (NRS)

Kriteria nyeri sebagai berikut:

- (1) Skala 0: Tidak ada rasa nyeri yang dialami
- (2) Skala 1-3: Merupakan nyeri ringan secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri hanya sedikit yang dirasakan.
- (3) Skala 4-6: Merupakan nyeri sedang secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien mampu mendeskripsikan rasa nyeri, dan mampu mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan berpindah posisi.

(4) Skala 7-9: Merupakan nyeri berat, klien sudah tidak mampu mengikuti perintah, tetapi masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.

(5) Skala 10: Merupakan nyeri sangat berat. Klien sudah tidak mampu berkomunikasi, klien akan menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsinya terkait intensitas keparahan nyeri. Skala numerik digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Klien menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013).

4) Pemeriksaan fisik

Kaji kondisi umum pasien, seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik *head to toe* dari:

- a) Kepala: pemeriksaan pada kulit kepala, rambut, telinga, mata, dan leher. Apakah terjadi kelainan seperti ada bejolan atau tidak, ada edema atau tidak, ada lesi atau tidak.
- b) Dada: pemeriksaan pada mammae dan areola.
- c) Abdomen: pemeriksaan Leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ) dan kontraksi ibu
- d) Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti *vaginal toucher* (VT), status portio, keadaan air ketuban.
- e) Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises dan sebagainya.

5) Data penunjang

Data penunjang dilakukan pada indikasi tertentu untuk informasi yang lebih jelas. Pemeriksaan dilakukan untuk mengumpulkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami atau proses kehidupan, aktual atau berisiko, untuk menentukan respon individu, keluarga, dan komunitas. terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan dalam karya tulis ini, yaitu diagnosis keperawatan aktual. Diagnosis keperawatan aktual terdiri atas tiga komponen yaitu masalah (problem), penyebab (etiology), tanda (sign) dan gejala (symptom). Diagnosis yang didapatkan pada ibu intranatal kala I yaitu nyeri melahirkan. Menurut SDKI (2016), nyeri melahirkan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan. Nyeri melahirkan adalah diagnosis terkait dengan kondisi klinis proses persalinan yang diakibatkan oleh dilatasi serviks (PPNI, 2016).

3. Intervensi keperawatan

Table 1
Intervensi Keperawatan Sesuai Dengan Diagnosis Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Nyeri melahirkan (D.0079)</p> <p>Definsi: merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilatasi serviks 2. Pengeluaran janin <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah meringis berposisi meringankan nyeri uterus teraba membulat <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <p>Tidak tersedia</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x... jam diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status intrapartum (L.07060)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat (5) 2. Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat (5) 3. Dilatasi serviks meningkat (5) 4. Perdarahan vagina menurun (5) 5. Sakit kepala menurun (5) 6. Nyeri dengan kontraksi menurun (5) 7. Kejang menurun (5) 8. Nyeri punggung menurun (5) 9. Frekuensi kontraksi uterus membaik (5) 10. Periode kontraksi uterus membaik (5) 11. Intensitas kontraksi uterus membaik (5) 12. Tekanan darah membaik (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal 4. Identifikasi factor 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 yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi Pijat (<i>massage effleurage</i>)) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa

1	2	3
Objektif:	13. Frekuensi nadi	nyeri (mis. Suhu
1. Tekanan darah	membaik (5)	ruangan, pencahayaan,
meningkat	14. Suhu membaik (5)	kebisingan)
2. Frekuensi nadi		3. Fasilitasi istirahat dan
meningkat		tidur
3. Ketegangan otot		4. Pertimbangkan jenis
meningkat		dan sumber nyeri dalam
4. Pola tidur		pemilihan strategi
berubah		meredakan nyeri
5. Diaphoresis		<i>Edukasi</i>
6. Gangguan		1. Jelaskan penyebab,
perilaku		periode, dan pemicu
7. Pupil dilatasi		nyeri
8. Focus pada diri		2. Jelaskan strategi
sendiri		meredakan nyeri
		3. Anjurkan memonitor
		nyeri secara mandiri
		4. Anjurkan menggunakan
		analgetik secara tepat
		5. Ajarkan teknik non-
		farmakologis untuk
		mengurangi rasa nyeri
		<i>Kolaborasi</i>
		1. Kolaborasi pemberian
		analgetik, <i>jika perlu</i>
Kondisi klinis		
terkait:		
1. Proses persalinan		
		Perawatan Persalinan (I. 07227)
		<i>Observasi</i>
		1. Identifikasi kondisi
		proses persalinan
		2. Monitor kondisi fisik
		dan psikologis pasien
		3. Monitor kesejahteraan
		ibu (mis. Tanda vital,
		kontraksi: lama,
		frekuensi dan kekuatan)
		4. Monitor kesejahteraan
		janin (gerak janin 10x
		dalam 12 jam) secara
		berkelanjutan (DJJ dan
		kotraksi setiap 30
		menit)
		5. Monitor kemajuan
		persalinan (dilatasi

1	2	3
		serviks, effacement, kondisi dan volume ketuban setiap 4 jam dengan <i>vaginal toucher</i>)
		6. Monitor tanda-tanda persalinan (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka)
		7. Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograph saat fase aktif
		8. Monitor tingkat nyeri selama persalinan
		<i>Terapeutik</i>
		9. Lakukan pemeriksaan leopold
		10. Berikan metode alternatif penghilang rasa sakit (pijat: <i>massage effleurage</i> aromaterapi, hipnosis)
		<i>Edukasi</i>
		11. Jelaskan prosedur pertolongan persalinan
		12. Informasikan kemajuan persalinan
		13. Ajarkan teknik relaksasi
		14. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih
		15. Anjurkan ibu cukup nutrisi
		16. Ajarkan cara mengenali tanda-tanda persalinan
		17. Ajarkan ibu mengenali tanda bahaya persalinan

4. Implementasi keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dengan kondisi kesehatan yang dihadapi, sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya. (Hidayat, 2021).

Implementasi termasuk melakukan tindakan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mengimplementasikan rencana keperawatan. Tindakan keperawatan meliputi observasi, terapi, edukasi, dan kerjasama. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri melahirkan mengacu pada rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sesuai dengan pedoman SDKI, SLKI dan SIKI (PPNI, 2018).

Implementasi yang dapat dilakukan pada kasus asuhan keperawatan pada ibu kala I intranatal dengan nyeri melahirkan yaitu dengan melakukan manajemen nyeri dengan intervensi inovasi pijat effleurage (*massage effleurage*), dan perawatan persalinan (PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap evaluasi dapat dilaksanakan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan penilaian akhir. Penilaian efektif membutuhkan referensi kriteria hasil yang terukur, serta refleksi dari hasil perawatan yang diharapkan (Hidayat, 2021).

Hasil akhir yang diharapkan dari kasus asuhan keperawatan pada ibu intranatal kala I dengan nyeri melahirkan, yaitu status intrapartum membaik dengan menunjukkan kemajuan persalinan yang lengkap dan normal, menyatakan puas

terhadap dukungan orang-orang sekitar dan sifat keperawatan, menyatakan secara verbal keinginannya untuk berperan dalam persalinan dengan terus menunjukkan kemajuan normal selama persalinan, sementara itu DJJ tetap dalam batas normal tanpa adanya tanda distress, mempertahankan status hidrasi yang cukup melalui masukan per-oral dan per-intravena jika dibutuhkan, serta buang air kecil sekiranya setiap dua jam untuk mencegah distensi kandung kemih.

D. Massage Effleurage

1. Definisi

Massage (pijat) merupakan istilah yang digunakan untuk menunjukkan manipulasi tertentu dari jaringan lunak tubuh. Manipulasi tersebut sebagian besar efektif dilakukan dengan tangan dengan diatur sedemikian rupa yang bertujuan untuk mempengaruhi saraf, otot, sistem pernapasan, peredaran darah dan limphe yang bersifat setempat dan menyeluruh (Alimah, 2012).

Massage effleurage adalah teknik pijat yang dilakukan untuk membantu mengurangi tingkat nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. Effleurage adalah pijatan lembut dengan tekanan relatif dari ringan sampai kuat, pijatan ini menggunakan seluruh permukaan satu tangan atau permukaan kedua tangan, gerakan pijatan sempurna dan arah pijatan selalu searah ke jantung atau kembali ke arah aliran darah pembuluh vena, sehingga mempengaruhi sirkulasi darah atau membantu mengembalikan aliran pembuluh darah ke jantung akibat tekanan (Alimah, 2012).

Menurut Trisnowiyanto (2012), *massage effleurage* merupakan gerakan menggunakan seluruh permukaan tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok

secara menenangkan dan ringan. Telapak tangan harus bersentuhan dengan tubuh dan merasakan gerakan berkelanjutan saat menerapkan tekanan ritmis dengan sentuhan ringan dan dapat menghilangkan nyeri.



Gambar 4 Teknik *Massage Effleurage* Posisi Tidur Miring Kiri

a. Efek *Massage Effleurage*

Menurut Alimah (2012), ada beberapa efek massage yaitu:

1) Efek terhadap peredaran darah dan lymph

Massage effleurage memiliki efek memperlancar peredaran darah. Manuver dilakukan dengan bergerak ke arah jantung, yang secara mekanis akan meningkatkan aliran darah di pembuluh darah yang menuju ke jantung. Pijatan juga membantu aliran getah bening lebih cepat, sehingga membantu menyerap limbah yang terbakar yang sudah tidak efektif lagi.

2) Efek terhadap otot

Massage effleurage memiliki efek memperlancar penyerapan sisa-sisa pembakaran pada jaringan otot yang dapat menyebabkan kelelahan. Dengan manipulasi yang menekan jaringan otot, darah di jaringan otot yang mengandung sisa-sisa zat yang tidak perlu akan terlepas dari jaringan otot dan masuk ke

pembuluh darah. Kemudian, saat tekanan dilepaskan, darah baru yang berisi bahan bakar mengedarkan bahan tersebut ke jaringan, membantu mengurangi kelelahan. Selain itu, pijatan juga berfungsi untuk otot yang tegang atau berkontraksi karena pijatan pada otot berfungsi mengeluarkan sisa metabolisme, merangsang saraf dengan lembut dan menenangkan. dimaksudkan untuk mengurangi atau melemahkan rangsangan saraf berlebihan yang mungkin ditimbulkan.

3) Efek *massage* terhadap kulit

Massage effleurage memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, sehingga dapat memperbaiki penyerapan.

4) Efek *massage* terhadap saraf

Sistem saraf perifer adalah bagian dari sistem saraf yang terdiri dari neuron motorik yang terletak di luar otak dan sumsum tulang belakang. Sel-sel sistem saraf sensorik mengirimkan informasi ke sistem saraf pusat dari organ internal atau rangsangan eksternal. Sel-sel sistem saraf motorik membawa informasi dari organ, otot, dan kelenjar sistem saraf pusat (SSP). Sistem saraf tepi dibagi menjadi dua cabang, yaitu sistem saraf somatik dan sistem saraf otonom. Sistem saraf somatik adalah sistem saraf motorik, yang membawa semua sistem saraf ke otot, sedangkan sistem saraf otonom adalah sistem saraf yang mewakili persarafan motorik sel. otot polos, jantung, dan kelenjar. Sistem otonom ini terdiri dari dua komponen fisiologi dan anatomi berbeda yang saling bertentangan satu sama lain, yaitu sistem saraf simpatis dan parasimpatis yang bekerja untuk mempercepat sistem saraf dan meningkatkan kinerja saraf. agar tubuh berfungsi lebih baik.

5) Efek *massage* terhadap respon nyeri

Berdasarkan pernyataan Alimah (2012), prosedur *massage effleurage* yang efektif dilakukan selama 10 menit untuk menghilangkan rasa sakit. Sentuhan pijatan yang merangsang dapat merangsang tubuh untuk melepaskan endorfin yang merupakan pereda nyeri alami dan merangsang serabut saraf untuk menutup sinapsis, sehingga transmisi impuls nyeri ke sumsum tulang belakang dan otak terhambat. Selain itu, teori kontrol gerbang menyatakan bahwa pijatan berbusa mengaktifkan transmisi serabut saraf sensorik A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini mengurangi transmisi nyeri melalui serat A dan delta berdiameter kecil

Sejauh ini *massage effleurage* telah banyak digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan. *Massage effleurage* dapat mengurangi nyeri selama 10-15 menit. *Massage effleurage* membantu ibu merasa lebih *fresh*, rileks, dan nyaman selama persalinan, lebih bebas dari rasa sakit. Dalam penelitian Suriani, Nurani dan Siagian (2019), dengan judul pengaruh teknik *massage back-effleurage* terhadap pengurangan nyeri persalinan kala I, dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa nyeri persalinan sebelum *massage effleurage* dalam kategori nyeri sedang, sedangkan setelah *massage effleurage* menjadi nyeri ringan, hal ini membuktikan bahwa *massage effleurage* efektif terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan kala I pada ibu intranatal.

2. Indikasi

Menurut Alimah (2012), indikasi dalam melakukan *massage effleurage* adalah sebagai berikut:

- a. Kelelahan yang sangat
- b. Ketegangan otot dan nyeri

- c. Gangguan atau ketegangan saraf
- d. Kelayuhan atau kelemahan otot

3. Kontraindikasi

Kontraindikasi dalam melakukan *massage effleurage* adalah sebagai berikut:

- a. Cidera yang bersifat akut
- b. Demam
- c. Edema
- d. Penyakit kulit
- e. Pengapuran pembuluh darah arteri
- f. Luka bakar

Patah tulang (fraktur) (Alimah, 2012).