

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Intranatal (Persalinan)

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 (Karjatin, 2016).

Persalinan merupakan proses keluarnya bayi, plasenta dan selaput ketuban yang keluar melalui jalan lahir (Fauziah, 2015). Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu. Persalinan normal adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Rohani, 2018).

2. Faktor yang mempengaruhi

- a. *Power* (kontraksi/HIS ibu) Otot uterus atau myometrium berkontraksi dan relaksasi selama kala I 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. *Passageway* (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.

c. *Passenger* (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 betaendorphin, hormon adrenocorticotropic, 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 melalui Rahim (Karjatin, 2016).

3. Persalinan kala I

a. Definisi persalinan kala I

Persalinan kala I adalah permulaan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira berlangsung 7 jam. Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi secara teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm.

Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan ibu mengeluarkan lendir yang bersempu darah (*bloody show*). Lendir yang bersempu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Sedangkan darah yang berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler berada di sekitar kanalis servikal pecah karena adanya pergeseran ketika serviks membuka.

b. Fase persalinan kala I

Fase persalinan kala I sebagai proses membukanya serviks sebagai akibat ini dibagi dalam 2 fase, diantaranya:

1) Fase laten

Fase laten merupakan periode awal persalinan dimulai sejak kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Fase ini berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm dan pada umumnya berlangsung antara 6 hingga 8 jam.

2) Fase aktif

Fase aktif merupakan periode frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Pembukaan fase ini dimulai dari 4 cm hingga pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara), dan terjadi penurunan bagian bawah janin.

c. Perubahan fisiologis dan psikologis persalinan kala I

Adapun perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada persalinan kala I, sebagai berikut:

1) Perubahan fisiologis kala I

a) 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. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

b) Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik dan anarobik akan meningkat secara perlahan. Kenaikan ini disebabkan oleh kecemasan serta suhu tubuh. Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan dan akan mencapai tertinggi selama persalinan maupun setelah persalinan. Kenaikan normal selama tidak melebihi 0,5 hingga 1 derajat celcius.

c) 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.

d) Pernafasan

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

e) Perubahan renal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh 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.

f) Perubahan gastrointestinal

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

g) 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. Setelah itu turun kembali keadaan semula.

h) 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.

i) Perubahan 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.

j) 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 uterus.

k) 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.

l) 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.

m) *Show*

Show merupakan pengeluaran vagina yang berbentuk lendir yang bercampur darah, lendir ini berasal dari ekstruksi lendir yang menyumbat kanalis

servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang terlepas.

n) 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.

2) Perubahan psikologis persalinan kala I

Adapun perubahan psikologis persalinan kala I terbagi dalam dua fase, antara lain:

a) 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.

b) 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 membisikan semangat dan doa di telinga ibu akan sangat membantu pada beberapa kasus

4. Nyeri melahirkan

a. Pengertian nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi, dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot (Rejeki, 2020).

Nyeri persalinan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan (Tim Pokja SDKI, 2016).

b. Faktor yang mempengaruhi nyeri melahirkan

Menurut Permata Sari, *et al* (2018), faktor yang mempengaruhi nyeri melahirkan diantaranya faktor fisiologis, faktor psikologis, dan faktor persepsi dan toleransi terhadap nyeri. Berikut merupakan penjelasan masing-masing faktor mempengaruhi nyeri melahirkan.

- 1) Faktor fisiologis, yaitu: pembukaan dan penipisan serviks, segmen bawah rahim tegang, ligament uterus meregang, peritonium tertarik, hipoksia, vagina tertekan, dan multi/primipara.
- 2) Faktor psikologis, yaitu: ketakutan, panik, harga diri rendah, takut hamil gangguan aktifitas seksual.

- 3) Faktor persepsi dan toleransi terhadap nyeri, yaitu: intensitas persalinan, kematangan serviks, posisi janin, karakteristik panggul, dan kelelahan.

c. Penatalaksanaan nyeri melahirkan

Penatalaksanaan nyeri melahirkan dikelompokkan menjadi dua metode yaitu metode farmakologis dan non-farmakologis. Berikut ini penjelasan penatalaksanaan nyeri secara farmakologis dan non-farmakologis (Rejeki, 2017).

1) Farmakologis

Adapun penatalaksanaan nyeri secara farmakologis menggunakan analgetik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgetik non narkotik dan analgetik narkotik. Namun, penggunaan analgetik dapat menimbulkan efek samping. Penggunaan analgetik sejenis opioid untuk meredakan nyeri melahirkan dapat berdampak pada pernapasan bayi dan menyebabkan cepat kelelahan.

2) Non-farmakologis

Penatalaksanaan nyeri melahirkan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya:

a) Stimulasi dan massage kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot

b) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan

mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak

c) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

d) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan

e) Hypnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hypnosis tergantung pada kemudahan hypnosis individu.

B. Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Pasien Intranatal

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian ialah tahapan awal dari proses keperawatan, data dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Berikut ini beberapa pengkajian yang dilakukan ke pasien, diantaranya:

a. Identitas pasien

Dalam pengkajian identitas pasien berisi tentang: nama, umur, pendidikan, suku, agama, alamat, no rekam medis, nama suami, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, agama, alamat, tanggal pengkajian.

b. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa persalinan, seperti pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, kontraksi, pasien tampak meringis, pasien merasa mules, nyeri pada jalan lahir karena dilatasi serviks dan perineum.

c. Riwayat kesehatan pasien

1) Riwayat kesehatan masa lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien, mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap atau rawat jalaan, riwayat alergi obat, kebiasaan, dan gaya pola hidup.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui dikeluarga pasien memiliki riwayat penyakit keluarga yang diturunkan ke anggota keluarganya.

d. Riwayat obstetri

- 1) Riwayat menstruasi : umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT).
- 2) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan.
- 3) Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi nifas (laserasi, infeksi, dan perdarahan), serta jumlah anak yang dimiliki.
- 4) Riwayat keluarga berencana : jenis asektor KB dan lamanya menggunakan KB.

e. Pola kebutuhan dasar

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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

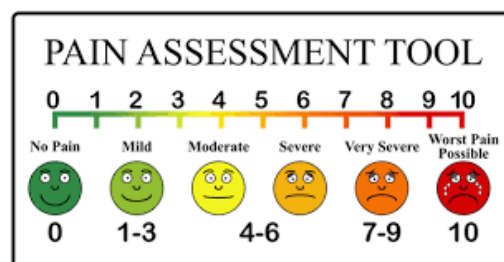
Pengkajian nyeri termasuk kedalam subkategori nyeri dan kenyamanan. Pengkajian nyeri yang akurat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk memilih terapi yang tepat, dan untuk mengevaluasi respon klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien yaitu nyeri dapat diidentifikasi, dikenali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

a) Karakteristik nyeri

Agar mempermudah mempresentasikan keluhan nyeri pada klien 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

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). Penilaian intensitas nyeri yang digunakan dalam penelitian ini adalah Skala Wajah (*visual analogue scale*) dengan memperhatikan ekspresi pasien.



Gambar 1 *Visual Analogue Scale*

Kriteria skala nyeri, sebagai berikut:

(1) 0 : tidak ada nyeri

- (2) 1-3 : nyeri ringan secara objektif, pasien masih mampu berkomunikasi dengan baik
- (3) 4-6 : nyeri sedang secara objektif, ditandai dengan pasien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien mampu mendeskripsikan rasa nyeri, dan mampu mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan berpindah posisi.
- (4) 7-9 : nyeri berat pasien 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) 10 : nyeri sangat berat, sudah tidak mampu mengikuti perintah, tetapi masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi. sudah tidak mampu berkomunikasi, klien akan menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsinya terkait intensitas keparahan nyeri (Andormoyo, 2013).

f. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Tingkat kesadaran, jumlah GCS, tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan atas (LILA).
- 2) Pemeriksaan head to toe
 - a) Kepala : amati wajah pasien (pucat atau tidak), adanya/tidaknya cloasma.
 - b) Mata : sclera (putih atau kuning), konjungtiva (anemis atau tidak anemis).
 - c) Leher : adanya pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, adanya pembesaran kelenjar limpa atau tidak.

- d) Dada : payudara (warna areola (menggelap atau tidak), puting (menonjol atau tidak), pengeluaran ASI (lancar atau tidak), pergerakan dada (simetris atau tidak simetris) ada atau tidaknya penggunaan otot bantu pernafasan, auskultasi bunyi pernafasan (vesikuler atau adanya bunyi nafas abnormal).
- e) Abdomen : pemeriksaan leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ) dan kontraksi ibu.
- f) Genetalia : kaji kebersihan, pengeluaran (karakteristik), hasil VT
- g) Ekstremitas : adanya odema, varises, CRT, dan refleks patella.
- h) Pemeriksaan 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 merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami ataupun proses kehidupan yang dialami baik bersifat aktual ataupun risiko, yaitu bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Perumusan diagnosis keperawatan mengandung komponen-komponen, diantaranya:

- a) *Problem* merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi atau gambaran keadaan pasien, dimana tindakan keperawatan dapat diberikan.
- b) *Etiologi* merupakan faktor penyebab/klinis dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Unsur-unsur

dalam identifikasi etiologi meliputi unsur patofisiologi (proses penyakit secara akut maupun kronis), situasional (personal dan lingkungan), medikasi (berhubungan dengan program perawatan atau pengobatan), dan maturasional (*adolensent, young adult, dan adult*).

- c) *Sign and symptom* merupakan data subyektif dan obyektif (tanda dan gejala) yang ditemukan sebagai komponen pendukung terhadap diagnosis keperawatan.

Perumusan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada studi kasus ini masalah keperawatan nyeri melahirkan, sebagai berikut.

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan Nyeri Melahirkan

Nyeri Melahirkan		
Kategori : Psikologis		
Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan		
Definisi :		
Penyebab :		
1. Dilatasi serviks		
2. Pengeluaran janin		
Gejala tanda	Mayor	Minor
1	2	3
Data subyektif	1. Mengeluh nyeri 2. Perineum terasa tertekan	1. Mual 2. Nafsu makan menurun/meningkat
Data objektif	1. Ekspresi wajah meringis 2. Berposisi meringankan nyeri 3. Uterus teraba membulat	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. Perilaku ekspresif 9. Pupil dilatasi 10. Muntah 11. Fokus pada diri sendiri

3. Rencana keperawatan

Tabel 2
Rencana Keperawatan pada Nyeri Melahirkan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Nyeri Melahirkan (D.0076) berhubungan dengan dilatasi serviks, pengeluaran janin, dibuktikan dengan mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus teraba membulat, mual, nafsu makan menurun/meningkat, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, ketegangan otot meningkat, pola tidur berubah, fungsi berkemih berubah, diaphoresis, gangguan perilaku, perilaku ekspresif, pupil dilatasi, muntah, fokus pada diri sendiri	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama...x... jam, maka Status Intrapartum (L.07060) 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 meningkat (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. Frekuensi nadi membaik (5) 13. Suhu membaik (5) 14. Glukosa darah membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada pola kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri dengan massage endorphen - Kontrol lingkungan yang mempengaruhi rasa nyeri - Fasilitasi istirahat tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi mengontrol nyeri Edukasi: - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi mengontrol nyeri - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

1	2	3
	14. Output urine membaik (5)	- Ajarkan teknik norfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri dengan massage endorphin
	15. Refleks neurologis membaik (5)	Kolaborasi:
	16. Status kognitif membaik (5)	- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Intervensi Pendukung

Perawatan Persalinan (I.07227)

Observasi:

- Identifikasi kondisi proses persalinan
- Monitor kondisi fisik dan psikologis pasien
- Monitor kesejahteraan ibu (mis. Tanda vital, kontraksi: lama, frekuensi dan kekuatan)
- Monitor kesejahteraan janin (gerak janin 10x dalam 12 jam) secara berkelanjutan (DJJ dan kontraksi setiap 30 menit)
- Monitor kemajuan persalinan (dilatasi serviks, effacement, kondisi dan volume ketuban setiap 4 jam dengan vaginal toucher)
- Monitor tanda -tanda persalinan (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka)
- Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograph saat fase aktif.
- Monitor tingkat nyeri selama persalinan

Terapeutik

- Lakukan pemeriksaan leopold

Edukasi

- Jelaskan prosedur pertolongan persalinan
- Informasikan kemajuan persalinan
- Ajarkan teknik relaksasi
- Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih
- Anjurkan ibu cukup nutrisi
- Ajarkan cara mengenali tanda - tanda persalinan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil yang dibuat (SKLI) adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penentuan luaran keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Berdasarkan terminologi (SIKI), pada tahap implementasi perawat mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut.

Implementasi yang dapat dilakukan pada kasus gambaran asuhan keperawatan pada ibu intranatal dengan nyeri melahirkan yaitu dengan melakukan manajemen nyeri dan perawatan kenyamanan dengan terapi *massage endorphin* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan, evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses, dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan umpan balik selama program berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk subjek, objektif, asesment, planning (SOAP). Adapun evaluasi yang dilakukan pada studi kasus ini berdasarkan kriteria hasil yang ditetapkan, diantaranya:

- a. Subjek (S) : pasien mampu beradaptasi dengan koping terhadap ketidaknyamanan persalinan, mampu memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat, mengeluh sakit kepala menurun, nyeri punggung menurun, nyeri dengan kontraksi meningkat, dan status kognitif membaik.
- b. Objektif (O) : dilatasi serviks meningkat, perdarahan vagina menurun, kejang menurun, frekuensi kontraksi uterus membaik, periode kontraksi uterus membaik, intensitas kontraksi uterus membaik, frekuensi nadi membaik, suhu membaik, glukosa darah membaik, output urine membaik, dan refleks neurologis membaik.
- c. Assessment (A) : status intrapartum membaik
- d. Planning (P) : manajemen nyeri, perawatan persalinan, dan terapi inovasi *massage endorphan*.

C. Massage endorphan

1. Definisi

Massage merupakan cara menghilangkan perasaan lelah pada tubuh, memperbaiki sirkulasi darah, menstimulasi tubuh untuk dapat mengeluarkan racun dan meningkatkan kesehatan pikiran (Sukmaningtyas, 2016). Menurut Lany Kuswandi (2014), Endorphan massage merupakan usapan lembut yang merangsang keluarnya hormon endorphan yang sangat bermanfaat dalam memberikan rasa nyaman, rileks, dan ketenangan sehingga nyeri bersalin dapat berkurang (Kuswandi, 2014).

2. Tujuan

Adapun tujuan diberikannya *massage endorphin* pada ibu bersalin sebagai berikut:

- a. Melancarkan peredaran darah
- b. Menurunkan rangsangan nyeri pada punggung

Rangsangan nyeri diawali dengan tahap transduksi terjadi ketika *nosiseptor* terletak pada bagian perifer tubuh yang distimulasi berbagai stimulus seperti, faktor biologis, mekanik, listrik, *thermal*, radiasi, dan lain-lain. Sensitivitas dari sistem *nosiseptor* dengan mengubah stimulus dalam transmisi dan persepsi nyeri dapat mempengaruhi intensitas nyeri yang dirasakan tiap individu. Reseptor nyeri (*nosiseptor*) merupakan ujung saraf bebas dalam kulit yang merespon hanya pada stimulasi yang kuat secara potensial merusak. Kornea dorsalis dari medulla spinalis merupakan tempat memproses sensori agar rangsangan nyeri diserap secara sadar dengan mengaktifkan neuron pada sistem ascenden.

Nyeri punggung terjadi karena pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur tubuh ibu hamil sehingga terjadi tekanan pada lengkung tulang belakang, mengakibatkan kecenderungan otot punggung bawah memendek. Hal ini memicu pengeluaran mediator kimia seperti prostaglandin dari sel rusak, *bradikinin* dari plasma, histamin dari sel mast, serotonin dari trombosit. Peningkatan mediator tersebut menjadikan saraf simpatis terangsang. Tahap selanjutnya ialah transmisi, impuls nyeri ditransmisikan serat afferent (A-delta dan C) ke medulla spinalis melalui dorsal horn. Impuls tersebut akan bersinaps melewati tractus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati tractus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formation

retikularis membawa impuls *fast pain*, bagian thalamus dan korteks serebri individu mempersepsikan, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

c. Menurunkan ketegangan otot (Lubis *et al.*, 2023)

3. Indikasi

Indikasi *massage endorphin* diberikan pada ibu bersalin dengan gangguan rasa nyeri punggung akibat proses persalinan (Lubis *et al.*, 2023).

4. Prosedur pelaksanaan

Pelaksanaan *massage endorphin* memiliki aturan dalam pemberian pijatan agar menghasilkan pijatan yang sesuai dengan tekniknya. Berikut merupakan langkah-langkah prosedur endorphine massage menurut, sebagai berikut:

- 1) Menganjurkan ibu untuk memposisikan dirinya senyaman mungkin, bisa dengan duduk atau berbaring miring.
- 2) Mengajarkan ibu untuk bernapas dalam disertai memejamkan mata dengan lembut dalam beberapa saat. Gerakan dimulai dengan pijatan permukaan luar lengan ibu, dari mulai tangan sampai ke lengan bawah. Pijatan ini dilakukan dengan lembut, dapat dilakukan dengan jari-jemari atau hanya ujung-ujung jari.
- 3) Lalu setelah kira-kira lima menit, massage bergantian dilakukan pada lengan satunya. Teknik ini dapat membuat seluruh tubuh ibu tenang, Teknik ini dapat juga diaplikasikan ke bagian tubuh lain seperti leher, bahu dan paha.
- 4) *Massage endorphin* akan sangat berpengaruh bila diaplikasikan pada punggung. Yaitu dengan, ibu poisisi senyaman mungkin (duduk atau miring). Gerakan dilakukan mulai dari leher, pijatan ringan dilakukan membentuk huruf V ke arah luar menuju sisi tulang rusuk. Pijatan ini terus dilakukan turun kebawah serta kebelakang. Ibu diedukasi untuk rileks dan merasakan rasanya.



Gambar 2 Alur Endorphin Massage