

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan terhadap kasus kelolaan dilakukan di Praktik Mandiri Bidan. Pengkajian pada pasien pertama, yaitu Ny. YJ dilakukan pada 27 Maret 2026 pukul 15.30 WITA. Sedangkan pengkajian pada pasien kedua, yaitu Ny. AN dilakukan pada 4 April 2026 pukul 18.00 WITA.

Tabel 3
Pengkajian Keperawatan Subjek 1 dan Subjek 2 Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I Fase Aktif

Pengkajian	Ny. YJ	Ny. AN
1	2	3
Identitas Pasien		
Nama	Ny. YJ	Ny. AN
Umur	34 Tahun	26 tahun
Pendidikan	SMA	SMK
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Karyawan Swasta
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
Agama	Kristen	Kristen
Suku	Nusa Tenggara Barat	Flores
Alamat	Jalan Tegal Wangi Gg Tegal Harum XII, Denpasar Selatan	Jalan Akasia 16A No 34, Denpasar Timur
Tanggal Pengkajian	27 Maret 2026	4 April 2026
Sumber Informasi	Pasien, suami, dan bidan	Pasien, suami, dan bidan
Data Kesehatan		
Keluhan utama	Ibu mengatakan mengalami nyeri hilang timbul pada perut menjalar ke pinggang dan terasa seperti kontraksi dari pukul 05.00 WITA keluhan nyeri dibagian perut seperti diremas-remas, ibu terlihat meringis dengan skala nyeri 7 (0-10).	Ibu datang dalam keadaan sadar dengan keluhan sakit perut mulas-mulas hilang timbul dan terasa intens serta menjalar hingga ke pinggang sejak tadi pagi pukul 10.00 WITA.
Riwayat Obstetri dan Ginekologi		
Riwayat menstruasi	Ibu mengatakan menstruasi pertama pada umur 12 tahun, siklus haid teratur setiap bulan, lama haid 4-5 hari, apabila haid merasakan nyeri	Ibu mengatakan menstruasi pertama pada umur 11 tahun, siklus haid teratur setiap bulan, lama haid 4-5 hari,

1	2	3
	perut pada hari pertama menstruasi HPHT : 23 Juni 2025	apabila haid perutnya mules dan kram pada hari pertama HPHT : 5 Juli 2025
Riwayat pernikahan	Ibu mengatakan ini adalah pernikahan pertama, lama pernikahan 1 tahun	Ibu mengatakan ini pernikahan pertama, lama pernikahan 5 bulan
Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu	Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya	Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya
Riwayat kehamilan saat ini	Status obstetri: G1P0A0H0 UK: 39 Minggu 4 Hari TP : 30 Maret 2026 ANC kehamilan sekarang TM 1 : Ibu melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 2 kali di bidan dengan keluhan mual dan muntah, diberikan suplemen asam folat (1x0,4 mg). TM 2 : Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan 1 kali di dokter spesialis dan dilakukan USG, Pemeriksaan kehamilan 1 kali di bidan dan diberikan suplemen SF (1x200 mg) dan Folavit 400 mcg 1x1, serta dianjurkan mengurangi pekerjaan berat yang dapat menyebabkan kelelahan berlebih TM 3 : Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali di bidan, dengan keluhan mudah lelah, rasa tidak nyaman saat jalan dan sakit pada pinggang. Ibu diberikan KIE cara mengatasi keluhan fisiologis dan tanda bahaya pada TM III	Status obstetri : G1P0A0H0 UK : 38 Minggu 6 Hari TP : 12 April 2026 ANC kehamilan sekarang TM 1: Ibu melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 1 kali di bidan dengan keluhan sering mual, ibu diberikan KIE meningkatkan asupan makanan sedikit-sedikit tetapi sering, dan diberikan suplemen SF (1x200 mg), asam folat (1x0.4 mg), dan vitamin C (1x50 mg). TM 2 : Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan 2 kali di dokter spesialis dan dilakukan USG. Pemeriksaan kehamilan 1 kali di bidan dan diberikan SF (1x200 mg). TM 3 : Pada trimester ketiga ibu melakukan pemeriksaan 5 kali di puskesmas, pada pemeriksaan terakhir tanggal 1/4/2026 ibu sudah mulai merasakan nyeri perut hingga pinggang dan mudah merasa lelah saat beraktivitas
Riwayat keluarga berencana	Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB	Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB
Riwayat penyakit	Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya dan ibu mengatakan dikeluarganya tidak ada memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun	Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya dan ibu mengatakan dikeluarganya tidak ada memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun

1	2	3
	menular seperti HIV/AIDS, TBC, Hipertensi, Hepatitis, diabetes.	menular seperti HIV/AIDS, TBC, Hipertensi, Hepatitis, diabetes.
Pola Fungsional Kesehatan		
Pola manajemen kesehatan- persepsi kesehatan	Pasien memahami proses persalinan namun merasa cemas dengan nyeri yang dirasakan. Pasien berharap persalinan berjalan lancar. Ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas, bidan dan dokter kandungan dan mengikuti arahan yang diberikan.	Pasien tampak gelisah, menyatakan tidak menyangka nyeri persalinan akan seberat ini, dan terus bertanya kapan proses selesai. Ibu rutin mengatakan secara melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan dan mengikuti arahan petugas kesehatan.
Pola metabolik nutrisi	Pasien mengonsumsi makan terakhir berupa nasi dan lauk 4 jam yang lalu dengan porsi setengah. Saat ini pasien hanya bersedia minum teh manis dan air putih karena nafsu makan hilang akibat fokus pada nyeri. Mukosa bibir tampak lembap dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi yang signifikan selama observasi.	Pasien menyatakan mual dan ingin muntah setiap kali kontraksi hebat datang, sehingga asupan nutrisi sangat minimal. Pasien hanya minum beberapa teguk air mineral saat jeda kontraksi atas dorongan suami. Nafsu makan benar-benar hilang karena pasien merasa perutnya sangat kencang dan tidak nyaman.
Pola eliminasi	Pasien mengatakan terakhir buang air besar tadi pagi dengan konsistensi lunak dan tidak ada masalah. Buang air kecil di kamar mandi sebanyak 3-4 kali sejak masuk ruang bersalin dan dibantu oleh keluarga. Tidak ditemukan adanya distensi kandung kemih	Pasien mengatakan belum buang air besar sejak kemarin namun tidak merasa sembelit saat ini. Pasien merasa sering ingin buang air kecil. Ibu BAK sebanyak 3-4 kali sebelum datang ke bidan. tidak ada keluhan nyeri atau panas saat berkemih.
Pola aktivitas & latihan	Ibu tampak mempertahankan posisi yang disarankan yaitu posisi miring ke kiri untuk menahan nyeri punggung. Mobilitas fisik sangat terbatas karena pasien merasa kakinya gemetar setiap kali kontraksi datang. Seluruh aktivitas seperti minum dan mengelap keringat dibantu sepenuhnya oleh keluarga.	Ibu lebih banyak berbaring miring ke kiri untuk membantu optimalisasi posisi janin sesuai instruksi petugas. Pasien masih mampu berpindah posisi secara mandiri meskipun gerakan tampak lambat dan berhati-hati. Aktivitas fisik terbatas hanya di sekitar tempat tidur karena lemas dan fokus pada pengaturan napas.

1	2	3
Pola istirahat - tidur	Ibu mengeluh sulit tidur dan terus terjaga akibat kontraksi intens.	Ibu terus terjaga dan sesekali berteriak saat merasakan nyeri dengan skala 8.
Pola persepsi – kognitif	Pasien mengeluh nyeri seperti diremas pada perut bawah yang menjalar ke pinggang akibat kontraksi persalinan. Nyeri dirasakan hilang timbul selama 10-30 detik dengan intensitas skala 7 (0-10), yang ditunjukkan dengan ekspresi meringis namun tetap kooperatif mengikuti instruksi relaksasi.	Pasien melaporkan nyeri seperti ditekan di area panggul serta punggung yang muncul sering dengan durasi 35 detik. Skala nyeri berada pada tingkat 8 (berat), menyebabkan pasien tampak sangat gelisah, berteriak, dan sulit berkonsentrasi dan berfokus pada diri sendiri
Pola konsep diri - persepsi diri	Ibu merasa cemas akan proses persalinan yang akan dihadapinya. Meskipun merasa lelah, pasien tetap optimis dan Pasien berharap dapat mengontrol emosinya dengan lebih baik	Pasien merasa waktu terasa lama saat kontraksi dan meragukan bertahan jika pembukaan tidak segera lengkap. Ibu terlihat cemas pada proses persalinan.
Pola hubungan peran	Ibu mengatakan menjalani peran sebagai istri dengan baik, menjaga hubungan yang harmonis dengan suami dan hubungan yang baik dengan tetangga sekitar.	Hubungan pasien dengan suami sangat harmonis, terlihat dari komunikasi selama proses persalinan Suami berperan aktif sebagai pendamping utama yang memberikan motivasi dan membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien.
Pola reproduktif seksualitas	Pasien adalah G1P0A0H0 dengan usia kehamilan 39 Minggu 4 Hari, saat ini berada pada tahap Kala I fase aktif. Selama hamil, ibu mengatakan masih melakukan hubungan suami istri. Tidak ada riwayat perdarahan abnormal atau gangguan pada sistem reproduksi selama masa kehamilan ini.	Pasien adalah G1P0A0H0 dengan usia kehamilan 38 Minggu 6 Hari, saat ini berada pada tahap Kala I fase aktif. Sebelum hamil: ibu mengatakan tidak ada keluhan dengan seksualitas ataupun alat kelaminnya Setelah hamil: ibu mengatakan menghindari melakukan hubungan seksual saat hamil muda,
Pola toleransi terhadap stress koping	Ibu mengatakan cemas terhadap proses persalinan yang akan dilaluinya, namun dapat ibu dapat mengurangi kecemasannya dengan berbicara kepada suaminya yang memberikan dukungan penuh.	Pasien sering menangis dan berteriak menyatakan ingin menyerah karena tidak tahan dengan rasa nyeri yang dirasakan.

1	2	3
Pola keyakinan - nilai	Pasien adalah penganut kristen yang taat. Di sela-sela kontraksi, pasien terdengar terus melafalkan lagu rohani. Tidak ada nilai atau tradisi tertentu yang bertentangan dengan tindakan medis yang akan diberikan petugas	Pasien mengtakan dukungan doa dari keluarga sangat berperan dalam menghadapi persalinan. Pasien tetap berusaha menyebut nama Tuhan saat merasa kesakitan sebagai bentuk pencarian kekuatan spiritual. Tidak ada nilai atau tradisi tertentu yang bertentangan dengan tindakan medis yang akan diberikan petugas
Pemeriksaan Fisik		
Keadaan umum	GCS: 15 (E4 V5 M6) Tingkat kesadaran: composmentis	GCS: 15 (E4 V5 M6) Tingkat kesadaran: compos mentis
	Vital sign: Tekanan darah: 110/70 mmHg Nadi: 102 x/menit Suhu: 36,5°C Respirasi: 20 x/menit BB sebelum hamil: 50 kg BB saat ini: 59 kg Tinggi badan: 150 cm LILA: 23,5 cm	Vital sign: Tekanan darah: 120/70 mmHg Nadi: 109 x/menit Suhu: 36,5°C Respirasi: 20 x/menit BB sebelum hamil: 55 kg Berat badan saat ini: 84,3 kg Tinggi badan: 159 cm LILA: 30 cm
Kepala	Wajah tampak simetris, tidak ada edema, tidak tampak cloasma. Sklera putih dan konjungtiva merah muda. Bibir lembab, dan tidak ada karies gigi. Pembesaran limfe dan tiroid tidak ada. Telinga bersih, tidak ada serumen, ataupun gangguan pendengaran.	Wajah tampak simetris, tidak ada edema, tidak tampak cloasma. Sklera putih dan konjungtiva merah muda. Bibir lembab, dan tidak ada karies gigi. Pembesaran limfe dan tiroid tidak ada. Telinga bersih, tidak ada serumen, ataupun gangguan pendengaran.
Dada	Payudara : Simetris Areola: hiperpigmentasi, puting menonjol, tidak ada tanda dimpling/retraksi, tidak ada pengeluaran ASI. Pergerakan kedua dinding dada simetris, bunyi jantung regulerl, suara paru-paru vesikuler, tidak terdengar bunyi napas tambahan	Payudara : Simetris Areola: hiperpigmentasi, puting menonjol, terlihat Pengeluaran kolostrum, tidak ada tanda dimpling/retraksi. Pergerakan kedua dinding dada simetris, bunyi jantung reguler, suara paru-paru vesikuler, tidak terdengar bunyi napas tambahan
Abdomen	Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae. Pembesaran sesuai usia kehamilan, janin bergerak aktif, kontraksi 4x10'~10-30"	Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae. Pembesaran sesuai usia kehamilan, janin

1	2	3
	<p>Leopold I: TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px) dan pada bagian fundus teraba satu bagian besar, bulat dan lunak (bokong).</p> <p>Leopold II: sisi kanan perut teraba bagian datar, memanjang dan terdapat tahanan (puka). Pada sisi kanan perut teraba bagian kecil.</p> <p>Leopold III: pada bagian bawah perut teraba bagian bulat keras (kepala).</p> <p>Leopold IV: 3/5 sudah masuk PAP, posisi tangan divergen. DJJ : 138x/menit</p> <p>Uterus teraba membulat</p>	<p>bergerak aktif, kontraksi 5x10'~40-45''</p> <p>Leopold I: TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px) dan pada bagian fundus teraba satu bagian besar, bulat dan lunak (bokong).</p> <p>Leopold II: sisi kiri perut teraba bagian memanjang dan datar, terdapat tahanan (puki). Pada sisi kanan perut teraba bagian kecil.</p> <p>Leopold III: pada bagian bawah perut teraba bagian bulat keras (kepala).</p> <p>Leopold IV : 4/5 sudah masuk PAP, posisi tangan pemeriksa divergen. DJJ : 143x/menit</p> <p>Uterus teraba membulat</p>
Genitalia dan perineum	<p>Vagina tampak bersih, tidak ada tanda infeksi, tidak ada pembengkakan, dan dilakukan vagina toucher. Hasil VT: V/V normal, portio lunak, dilatasi 5 cm, effacement 50%, ketuban (+), teraba kepala, hodge II, TTBK/TP.</p> <p>Perinium menonjol</p> <p>Hemoroid : Tidak ada</p>	<p>Vagina tampak bersih, tidak ada tanda infeksi, tidak ada pembengkakan, dan dilakukan vagina toucher. Hasil VT: V/V normal, portio lunak, dilatasi 7 cm, effacement 50%, ketuban (+), teraba kepala, hodge II, TTBK/TP. Perineum menonjol</p> <p>Hemoroid : Tidak</p>
Ekstremitas	<p>Atas : tidak edema, tidak ada varises, CRT <2 detik.</p> <p>Bawah : terdapat edema, tidak ada varises, CRT <2 detik, refleks patella +/-</p>	<p>Atas : tidak edema, tidak ada varises, CRT <2 detik.</p> <p>Bawah : terdapat edema, tidak ada varises, CRT <2 detik, refleks patella +/-</p>
Data Penunjang		
Pemeriksaan laboratorium	<p>Tanggal: 6/1/2026</p> <p>HIV : Non reaktif</p> <p>HBSAg : Negatif</p> <p>TPHA :Negatif</p> <p>Gula Darah Sewaktu : 99 mg/dL</p> <p>HB : 11.7 g/dL</p> <p>Protein Urin : Negatif</p>	<p>Tanggal : 9/2/2026</p> <p>HIV : Non reaktif</p> <p>HBSAg : Negatif</p> <p>TPHA :Negatif</p> <p>Gula Darah Sewaktu : 104 mg/dL</p> <p>HB : 10.3 g/dL</p> <p>Protein Urin : Negatif</p>
Pemeriksaan USG	<p>Tanggal 22/01/2026</p> <p>Janin T/H,</p> <p>EDD : 29/03/2026, EFW : 1336 gram, DJJ (+).</p>	<p>Tanggal : 10/3/2026</p> <p>Janin T/H,</p> <p>EDD : 17/04/2026, EFW : 2911 gram, DJJ (+).</p>
Diagnosa Medis	G1P000 UK 39 Minggu 4 Hari, Inpartu kala I fase aktif,	G1P000 UK 38 Minggu 6 Hari, Inpartu kala I fase aktif,

1	2	3
	Janin Tunggal Hidup Intra Uteri Presentasi Kepala	Janin Tunggal Hidup Intra Uteri Presentasi Kepala
Pengobatan	SF (1x200 mg), asam folat (1x0,4 mg), dan Vitamin folavit 400 mcg 1x1	SF (1x200 mg), asam folat (1x0,4 mg), vitamin C (1x50 mg)

B. Diagnosis Keperawatan

Tahapan penegakan diagnosis keperawatan dilakukan secara sistematis melalui tiga langkah utama, yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Berikut adalah gambaran proses penyusunan diagnosis nyeri melahirkan pada kedua subjek yang dikelola dalam studi ini :

1. Analisis data

Tabel 4
Analisis Data Subjek 1 dan Subjek 2 Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I Fase Aktif

Kasus Kelolaan	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
Ny. YJ	Data Subjektif : 1. Ibu mengeluh nyeri pada perut menjalar ke pinggang 2. P : kontraksi yang menyebabkan pembukaan serviks. 3. Q : ibu mengatakan nyeri seperti diremas-remas 4. R : ibu mengatakan nyeri dirasakan di perut menjalar ke pinggang 5. S : ibu mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10), 6. T : ibu mengatakan nyeri hilang timbul 7. Ibu mengatakan merasa tidak nyaman dengan nyeri yang dirasakan. Data Objektif: 1. Ibu tampak meringis, uterus teraba membulat, tampak ibu	Penurunan kadar progesterone dan estrogen ↓ Kontraksi uterus ↓ Bagian bawah janin menurun Hodge II ↓ Serviks mendatar dan terbuka ↓ Perangsangan saraf sensoris	Nyeri Melahirkan

1	2	3	4
	berposisi meringankan nyeri dengan tidur miring 2. TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoides (px) His: 4x10”~10-30” 3. DJJ : 138x/menit 4. Hasil VT: V/V normal, portio lunak, dilatasi 5 cm, effacement 50%, ketuban (+), teraba kepala, hodge II, TTBK/TP. Tekanan darah : 110/70 mmHg, Nadi : 102x/menit	↓ Nyeri melahirkan	
Ny. AN	Data subjektif: 1. Pasien mengeluh nyeri perut seperti ditekan menjalar ke punggung serta panggul. 2. P: kontraksi (pembukaan serviks) 3. Q: seperti mules-mules 4. R: pada perut menjalar ke pinggang, bokong 5. S: skala nyeri yang dirasakan 8 (0-10) 6. T: hilang timbul 7. Perineum terasa tertekan Data objektif: 1. Ibu tampak meringis, berposisi meringankan nyeri. TFU 3 jari dibawah px. 2. His: 5x10”~40-45” 3. DJJ: 143 x/menit 4. Hasil VT: V/V normal, portio lunak, dilatasi 7 cm, effacement 50%, ketuban (+), teraba kepala, hodge II, TTBK/TP 5. Pasien tampak gelisah dan berteriak Sulit berkonsentrasi, berfokus pada diri sendiri 6. Tekanan darah:120/70 mmHg, Nadi: 109 x/menit	Penurunan kadar progesterone dan estrogen ↓ Kontraksi uterus ↓ Bagian bawah janin menurun Hodge II ↓ Serviks mendatar dan terbuka ↓ Perangsangan saraf sensoris ↓ Nyeri melahirkan	Nyeri Melahirkan

2. Rumusan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisis data pada subjek 1 (Ny.YJ) dan subjek 2 (Ny. AN) dapat dirumuskan sebagai berikut :

- a. Subjek 1 (Ny. YJ) : Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks dibuktikan dengan ibu mengeluh nyeri pada perut menjalar ke pinggang, nyeri yang

dirasakan seperti diremas-remas, skala nyeri yang dirasakan 7 dengan intensitas nyeri hilang timbul, ibu tampak meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus teraba membulat.

- b. Subjek 2 (Ny. AN): Nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks dibuktikan dengan Ibu mengeluh nyeri seperti ditekan pada perut menjalar sampai ke punggung dan panggul, skala nyeri yang dirasakan skala nyeri 8, dengan intensitas nyeri hilang timbul, ibu tampak meringis, uterus teraba membulat, sulit berkonsentrasi, berfokus pada diri sendiri.

Merujuk pada hasil analisis data tersebut, diagnosis keperawatan yang ditetapkan bagi kedua pasien di Praktik Mandiri Bidan adalah nyeri melahirkan. berhubungan dengan dilatasi serviks dibuktikan dengan ibu mengeluh nyeri pada perut menjalar ke punggung, bokong hingga area panggul, ibu tampak meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus teraba membulat, dan berfokus pada diri sendiri.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Asuhan keperawatan yang disusun dari pengkajian Asuhan keperawatan nyeri melahirkan pada (Ny. YJ) dan (Ny.AN) dijabarkan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5
Perencanaan Keperawatan Subjek 1 Ny. YJ dalam Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I Fase Aktif

Kasus Kelolaan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
Ny. YJ	Status Intrapartum (L.07060) Setelah diberikan asuhan	Intervensi Utama Manajemen (I.08238) Observasi	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Memberikan data dasar untuk menentukan penyebab nyeri dan

1	2	3	4
	keperawatan selama 4 x 15 menit diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil:	<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 faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi <i>Shake The Apple Tree</i>). Dilakukan 3-4 x saat kontraksi dalam 10 menit. 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi efektivitas intervensi. 2. Memberikan data objektif mengenai tingkat keparahan nyeri yang dirasakan pasien sebagai indikator kebutuhan intervensi lebih lanjut. 3. Mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien yang mungkin tidak mampu diungkapkan secara lisan (misal: meringis atau gelisah). 4. Membantu memodifikasi aktivitas atau posisi pasien guna mencegah nyeri semakin parah. 5. Mengevaluasi apakah terapi alternatif (seperti aroma terapi atau pijat) memberikan dampak positif pada ambang nyeri. 6. (distraksi) dan merelaksasikan otot-otot panggul serta saraf untuk menurunkan persepsi nyeri secara alami. 7. Mengurangi stimulus eksternal yang dapat menurunkan ambang nyeri dan meningkatkan stres pasien. 8. Kelelahan dapat meningkatkan nyeri 9. nyeri; istirahat membantu tubuh memulihkan energi dan koping. 10. nyeri; istirahat membantu tubuh memulihkan energi dan koping
	1. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat (5)		
	5. Memanfaatkan persalinan meningkat (5)	5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	
	6. Dilatasi serviks meningkat (5)	Terapeutik	
	7. Nyeri dengan kontraksi terkontrol (5)	6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi <i>Shake The Apple Tree</i>). Dilakukan 3-4 x saat kontraksi dalam 10 menit.	
	8. Frekuensi kontraksi uterus membaik (5)	7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	
	9. Periode kontraksi uterus membaik (5)	8. Fasilitasi istirahat dan tidur	
	10. Meringis menurun (5)	9. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	
	11. Gelisah menurun (5)	10. Jelaskan strategi meredakan nyeri	
		11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
		12. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	

1	2	3	4
			<p>11. Penanganan nyeri karena kontraksi otot tentu berbeda dengan nyeri karena luka; pemilihan strategi yang tepat akan mempercepat perbaikan kondisi</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Mengurangi kecemasan dan memberikan rasa kontrol kepada pasien terhadap rasa sakit yang dialami.</p> <p>13. Memandirikan pasien agar dapat melaporkan perubahan nyeri dengan segera sebelum menjadi lebih berat.</p> <p>14. Membekali pasien dengan keterampilan mandiri untuk manajemen nyerinya tanpa harus selalu bergantung pada obat-obatan.</p>

Intervensi Pendukung Perawatan Persalinan (I.07227)

Observasi

1. Menentukan apakah ibu berada dalam fase laten atau aktif untuk merencanakan tindakan pendampingan yang sesuai.
2. tes psikologis dapat menghambat pelepasan hormon oksitosin yang diperlukan untuk kelancaran persalinan.
3. Tanda vital yang stabil menunjukkan ibu mampu menoleransi persalinan; kontraksi yang adekuat diperlukan untuk pembukaan serviks.

Intervensi Pendukung Perawatan Persalinan (I.07227)

Observasi

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 kontraksi setiap 30 menit)

1	2	3	4
		5. Periksa kemajuan dilatasi	4. Memastikan janin tidak mengalami gawat janin (<i>fetal distress</i>) akibat kontraksi rahim yang kuat.
		6. kondisi dan volume ketuban setiap 4 jam dengan toucher)	
		7. Monitor persalinan vaginal tanda-tanda (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka)	5. Menilai efektivitas kontraksi terhadap pembukaan serviks dan penurunan kepala janin sesuai kurva normal.
		8. Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograph saat fase aktif	6. Mengenali waktu yang tepat untuk memimpin meneran guna mencegah kelelahan ibu dan cedera janin.
		9. Monitor tingkat nyeri selama persalinan	7. Monitor pembukaan dengan partograph Alat pemantau standar untuk mendeteksi secara dini adanya persalinan macet atau lama.
		Terapeutik	
		10. Lakukan pemeriksaan leopold	8. Nyeri persalinan bersifat progresif; pemantauan membantu penentuan teknik relaksasi yang lebih intensif seiring pembukaan bertambah.
		Edukasi	Terapeutik
		11. Jelaskan pemeriksaan prosedur pertolongan persalinan	9. Memastikan posisi dan presentasi janin (misal: kepala di bawah) agar proses persalinan dapat berjalan pervaginam secara aman.
		12. Informasikan kemajuan persalinan	Edukasi
		13. Ajarkan teknik relaksasi	10. Mengurangi rasa takut dan meningkatkan kerja sama antara ibu dan tenaga medis
		14. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih	11. Memberikan dukungan mental bagi ibu agar merasa tenang mengetahui proses berjalan sebagaimana mestinya.
		15. Anjurkan ibu cukup nutrisi	12. Meningkatkan asupan oksigen ke ibu dan janin serta mengurangi ketegangan otot panggul.
		16. Ajarkan cara mengenali tanda-tanda persalinan	13. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi

1	2	3	4
			14. turunnya kepala janin dan menambah rasa nyeri. 15. Persalinan membutuhkan energi besar; asupan nutrisi mencegah kelelahan ibu yang bisa menyebabkan kontraksi melemah (<i>inersia uteri</i>). 16. Agar ibu dapat mengenali tanda bahaya atau waktu yang tepat untuk segera melapor ke petugas kesehatan

(Tim Pokja SLKI, SIKI, 2018)

Tabel 6
Perencanaan Keperawatan Subjek 2 Ny. AN dalam Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I Fase Aktif

Kasus Kelolaan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
Ny. AN	Status Intrapartum (L.07060) Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4 x 15 menit diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil: 1. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat (5) 2. Memanfaatkan persalinan meningkat (5) 3. Dilatasi serviks meningkat (5) 4. Perdarahan vagina menurun (5) 5. Nyeri dengan kontraksi terkontrol (5)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <i>Terapeutik</i> 6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi Shake The Apple Tree) 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Memberikan data dasar untuk menentukan penyebab nyeri dan mengevaluasi efektivitas intervensi. 2. Memberikan data objektif mengenai tingkat keparahan nyeri yang dirasakan pasien sebagai indikator kebutuhan intervensi lebih lanjut. 3. Mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien yang mungkin tidak mampu diungkapkan secara lisan (misal: meringis atau gelisah). 4. Membantu memodifikasi aktivitas atau posisi pasien guna mencegah nyeri semakin parah. 5. Mengevaluasi apakah terapi alternatif (seperti pijat)

1	2	3	4
	6. Nyeri punggung terkontrol (5)	9. Fasilitasi istirahat dan tidur	positif pada ambang nyeri Terapeutik
	7. Frekuensi kontraksi uterus membaik (5)	10. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	6. (distraksi) dan merelaksasikan otot-otot panggul serta saraf untuk menurunkan persepsi nyeri secara alami.
	8. Periode kontraksi uterus membaik (5)	Edukasi 11. Jelaskan strategi meredakan nyeri	7. Mengurangi stimulus eksternal yang dapat menurunkan ambang nyeri dan meningkatkan stres pasien
		12. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	8. Kelelahan dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri; istirahat membantu tubuh memulihkan energi dan koping.
		13. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	9. Penanganan nyeri karena kontraksi otot tentu berbeda dengan nyeri karena luka; pemilihan strategi yang tepat akan mempercepat perbaikan kondisi
			Edukasi
			10. Mengurangi kecemasan dan memberikan rasa kontrol kepada pasien terhadap rasa sakit yang dialami.
			11. Memandirikan pasien agar dapat melaporkan perubahan nyeri dengan segera sebelum menjadi lebih berat.
			12. Membekali pasien dengan keterampilan mandiri untuk manajemen nyerinya tanpa harus selalu bergantung pada obat-obatan

1	2	3	4
		Intervensi Pendukung Perawatan Persalinan (I.07227)	Intervensi Pendukung Perawatan Persalinan (I.07227)
		<i>Observasi</i>	Observasi
		1. Identifikasi kondisi proses persalinan	1. Menentukan apakah ibu berada dalam fase laten atau aktif untuk merencanakan tindakan pendampingan yang sesuai.
		2. Monitor kondisi fisik dan psikologis pasien	2. tres psikologis dapat menghambat pelepasan hormon oksitosin yang diperlukan untuk kelancaran persalinan.
		3. Monitor kesejahteraan ibu (mis. Tanda vital, kontraksi: lama, frekuensi dan kekuatan)	3. Tanda vital yang stabil menunjukkan ibu mampu menoleransi persalinan; kontraksi yang adekuat diperlukan untuk pembukaan serviks.
		4. Monitor kesejahteraan janin (gerak janin 10x dalam 12 jam) secara berkelanjutan (DJJ dan kontraksi setiap 30 menit)	4. Memastikan janin tidak mengalami gawat janin (<i>fetal distress</i>) akibat kontraksi rahim yang kuat.
		5. Monitor kemajuan persalinan (dilatasi serviks, effacement, kondisi dan volume ketuban setiap 4 jam dengan toucher)	5. Menilai efektivitas kontraksi terhadap pembukaan serviks dan penurunan kepala janin sesuai kurva normal.
		6. Monitor persalinan vaginal tanda-tanda (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka)	6. Mengenali waktu yang tepat untuk memimpin meneran guna mencegah kelelahan ibu dan cedera janin.
		7. Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograph saat fase aktif	7. Monitor pembukaan dengan partograph Alat pemantau standar untuk mendeteksi secara dini adanya persalinan macet atau lama
		8. Monitor tingkat nyeri selama persalinan	8. Nyeri persalinan bersifat progresif pemantauan membantu penentuan teknik relaksasi yang lebih intensif seiring pembukaan bertambah.
		<i>Terapeutik</i>	Terapeutik
		9. Lakukan pemeriksaan leopold	9. Memastikan posisi dan presentasi janin (misal: kepala di bawah) agar
		<i>Edukasi</i>	
		10. Jelaskan pemeriksaan prosedur pertolongan persalinan	
		11. Informasikan kemajuan persalinan	
		12. Ajarkan teknik relaksasi	
		13. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih	




1	2	3	4
		14. Anjurkan ibu cukup nutrisi	proses persalinan dapat berjalan pervaginam secara aman.
		15. Ajarkan cara mengenali tanda-tanda persalinan	Edukasi 10. Mengurangi rasa takut dan meningkatkan kerja sama antara ibu dan tenaga medis 11. Memberikan dukungan mental bagi ibu agar merasa tenang mengetahui proses berjalan sebagaimana mestinya. 12. Meningkatkan asupan oksigen ke ibu dan janin serta mengurangi ketegangan otot panggul. 13. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala janin dan menambah rasa nyeri. 14. Persalinan membutuhkan energi besar; asupan nutrisi mencegah kelelahan ibu yang bisa menyebabkan kontraksi melemah (inersia uteri). 15. Agar ibu dapat mengenali tanda bahaya atau waktu yang tepat untuk segera melapor ke petugas kesehatan





(Tim Pokja SLKI, SIKI, 2018)




D. Implementasi Keperawatan




Pelaksanaan asuhan keperawatan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Data mengenai implementasi nyeri persalinan pada Ny. YJ dan Ny. AN tersaji dalam tabel di bawah ini:

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Subjek 1 Ny. YJ dalam Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I Fase Aktif




Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf & Nama Terang
1	2	3	4
27 Maret 2026 15.40 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 2. Mengidentifikasi faktor memperingan nyeri 3. Memonitor kemajuan persalinan 	<p>DS: ibu mengatakan dengan posisi tidur meringkuk terasa lebih nyaman</p> <p>WITA.</p> <p>DO: TTV ibu: TD: 100/90 mHg, N: 82 x/menit, S: C, RR: 20 x/menit 36,7 His: 5x10'~20-40'' DJJ: 155 x/menit, Hasil VT: V/V normal, portio lunak, dilatasi 5 cm, effacement 50%, ketuban (+), teraba kepala, hogde II, TTBK/TP gerak aktif Belum tampak dorongan untuk meneran, perineum menonjol (-), tekanan pada anus (-).</p>	Dwi 
16.00 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan edukasi dan menjelaskan manfaat serta tujuan terkait pemberian terapi <i>shake the apple tree</i> kepada ibu dan suami 	<p>DS : ibu mengatakan mengerti terkait penjelasan yang diberikan</p> <p>DO : ibu tampak kooperatif selama edukasi, dan mau diajak untuk melakukan terapi <i>shake the apple tree</i></p>	Dwi 
16.15 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menciptakan suasana tenang tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman 2. Menginformasikan secara tertulis lembar persetujuan dilakukan terapi 	<p>DS: ibu mengatakan nyaman dengan pencahayaan dan suhu ruangan dan menyetujui diberikan terapi. Ibu mengatakan skala nyeri sebelum diberikan <i>shake the apple tree</i> yaitu 7 (0-10)</p>	Dwi 




1	2	3	4
		DO: ibu tampak kooperatif dan menyetujui diberikan terapi <i>shake the apple tree</i>	
16.20 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mengambil posisi nyaman 2. Menganjurkan ibu melakukan napas dalam selama Tindakan 3. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengontrol rasa nyeri (<i>shake the apple tree</i>) selama kontraksi berlangsung 	<p>DS: Ibu mengatakan nyaman dengan posisi meja memeluk gymball.</p> <p>DO:ibu tampak nyaman dengan psisi memeluk gymball. Ibu tampak meringis dan mengatur napas sebelum dilakukan relaksasi <i>shake the apple tree</i> dan saat dilakukan terapi, ibu dapat mengontrol nyeri dibarengi napas dalam. Sudah diberikan terapi sebanyak 4x dalam 10 menit saat ibu merasakan kontraksi</p>	Dwi 
16.40 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri setelah diberikan terapi non farmakologis (<i>shake the apple tree</i>) 2. Menganjurkan ibu untuk melakukan pengaturan posisi apabila kontraksi 	<p>DS: ibu mengatakan lebih rileks setelah diberikan massage dan mampu mengontrol rasa nyeri, skala 5.</p> <p>DO: ibu tampak meringis namun lebih rileks dan mengatur napas dengan benar, ketegangan otot berkurang. Ibu tampak kooperatif</p>	Dwi 
17.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 2. Memonitor kemajuan persalinan 	<p>DS: Ibu mengatakan lebih nyaman posisi miring dan agak sedikit meringkuk</p> <p>DO :</p> <p>TTV ibu :</p> <p>TD: 120/90 mmHg, N: 89 x/menit, S: 36,4°C, RR: 18 x/menit His: 5x10'~20-40''</p> <p>DJJ: 148 x/menit, gerak aktif</p> <p>Belum ada keinginan untuk mengejan.</p>	Dwi dan Bidan 
17.20 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mencukupi ibu kebutuhan nutrisi dengan makan 2. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih 	<p>DS: ibu mengatakan terakhir makan pukul 13.00 wita, akan makan lagi setelah bisa mengontrol rasa nyeri</p> <p>DO: ibu didampingi oleh suaminya saat ke kamar mandi untuk BAK</p>	Dwi 




1	2	3	4
17.30 Wita	<ol style="list-style-type: none"> Menciptakan suasana tenang tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman Memberikan terapi non farmakologis untuk mengontrol rasa nyeri (<i>shake the apple tree</i>) selama kontraksi berlangsung Menganjurkan pendamping ibu untuk melakukan sentuhan mandiri pada pinggang apabila kontraksi kembali saat posisi miring 	<p>DS: ibu mengatakan nyaman setiap diberikan relaksasi <i>shake the apple tree</i> walaupun nyeri yang dirasakan semakin berat namun masih mampu mengontrolnya</p> <p>DO: ibu tampak nyaman diberikan terapi relaksasi <i>shake the apple tree</i> dan mampu mengontrol napas dan rasa nyeri yang dirasakan. Ibu tampak merasa nyaman saat dilakukan gerakan. Keluarga kooperatif untuk membantu ibu. Telah diberikan <i>shake the apple tree</i> 4x selama kontraksi</p>	<p>Dwi dan Bidan</p> 
17.40 Wita	<ol style="list-style-type: none"> Memonitor kesejahteraan ibu dan janin Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan makan dan minum untuk menjaga tenaga Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih Mengecek DJJ 	<p>DS : Ibu mengatakan sudah makan sedikit demi sedikit, dan minum</p> <p>DO : Ibu tampak dibantu makan oleh suaminya, dan tampak didampingi oleh suami apabila ibu ingin BAK</p> <p>DJJ : 148 x/menit</p>	<p>Dwi</p> 
18.10	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyaman (<i>shake the apple tree</i>) melibatkan suami Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 	<p>DS : Ibu mengatakan setelah diberikan rasa nyeri pada panggul terasa lebih ringan, dan merasa sedikit lebih ringan, dan merasa sedikit lebih nyaman, dengan skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>Ibu mengatakan kontraksi semakin intens</p> <p>DO : Ibu tampak meringis namun rileks dengan melakukan napas dalam untuk mengontrol pola napasnya Ibu tampak memegang perut bagian bawah</p> <p>DJJ : 142 x/menit</p> <p>Suami kooperatif saat melakukan gerakan kepada istri.</p>	<p>Dwi</p> 



1	2	3	4
18.40 Wita	1. Memonitor kemajuan persalinan 2. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin	DS: Ibu mengatakan dengan posisi tidur miring ke kiri sedikit melikukkan punggung membuatnya lebih nyaman Ibu mengatakan ada keinginan untuk mengejan, dan mengatakan nyeri semakin bertambah seperti mulas terasa intens DO: TTV ibu: TD: 110/80 mmHg, N: 120 x/menit, S: 36,7°C, RR: 18 x/menit His: 6x10'~40-50'' DJJ: 155 x/menit, gerak aktif Sudah tampak dorongan meneran, vulva terbuka (+), tekanan pada anus (+)	Dwi dan Bidan 
19.10 Wita	1. Mengajarkan ibu cara meneran dan pengambilan napas yang benar 2. Mengajarkan ibu posisi yang benar melakukan ketika persalinan (posisi litotomy)	DS: Ibu mengatakan belum mengetahui cara meneran masih merasa sulit ketika melakukannya saat tiba waktunya Ibu mengatakan ada keinginan untuk BAB DO: Ibu tampak memahami penjelasan yang diberikan petugas Ibu tampak kooperatif	Dwi dan Bidan 
20.00 Wita	1. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 2. Memonitor kemajuan persalinan	DS: Ibu mengatakan dengan posisi terlentang dan membuka kakinya dan memasukkan tangannya ke paha membuatnya lebih nyaman DO: TTV ibu: TD: 110/90 mmHg, N: 100 x/menit, S: 36.4°C, RR: 22 x/menit Sudah tampak dorongan untuk meneran, perineum menonjol (+), vulva terbuka (+), tekanan pada anus (+) His: 6x10'~40-50'' DJJ: 155 x/menit, gerak aktif Hasil VT: V/V normal, potio tidak teraba, dilatasi 9 cm, effacement 100%, ketuban (-), teraba kepala, hogde III, TTBK/TP, UUK depan	Dwi dan Bidan 

Tabel 8
Implementasi Keperawatan Subjek 2 Ny. AN dalam Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I Fase Aktif

Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf & Nama Terang
1	2	3	4
4 April 2026 18.00 Wita	1. Mengidentifikasi kondisi proses persalinan 2. Mengidentifikasi karakteristik nyeri 3. Memonitor kondisi fisik dan psikologis ibu	DS: ibu mengatakan sejak tadi pagi merasa nyeri pada perutnya seperti mulas-mulas menjalar hingga punggung, nyerinya terasa hilang timbul. P : kontraksi Q : seperti mulas-mulas R : pada perut menjalar dari punggung bagian bawah S : 8 (0-10) T : hilang timbul DO: Ibu tampak meringis dan bersikap protektif setiap kali nyeri timbul. Ibu tampak kooperatif	Dwi 
18.05 Wita	1. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Memonitor kemajuan persalinan	DS: Ibu mengatakan dengan posisi duduk ataupun membungkuk membuatnya lebih nyaman DO: TTV ibu: TD: 120/70 mmHg, N: 109x/menit, S: 36,8°C, RR: 20 x/menit His: 5x10'~40-45" Hasil VT: V/V normal, portio lunak, dilatasi 7 cm, effacement 50%, ketuban (+), teraba kepala, hodge II, TTBK/TP DJJ: 158 x/menit, gerak aktif Belum tampak dorongan untuk meneran, perineum menonjol (-), vulva terbuka (-), tekanan pada anus (-)	Dwi dan Bidan 
18.10	1. Menciptakan suasana tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman	DS: Ibu mengatakan sudah nyaman dengan pencahayaan dan suhu ruangan, dan mengatakan setuju untuk dilakukan terapi. ibu	Dwi 

1	2	3	4
	2. Menginformasikan secara tertulis lembar persetujuan dilakukan terapi 3. Menjelaskan tujuan dan manfaat dari terapi shake the apple tree	mengatakan skala nyeri sebelum dilakukan shake the apple tree yaitu 8 (0-10) DO: Ibu tampak menyetujui tindakan yang akan diberikan Ibu tampak kooperatif	
18.15	1. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman 2. Menganjurkan ibu untuk mengatur pola napas selama tindakan 3. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (shake the apple tree) selama kontraksi berlangsung	DS: Ibu mengatakan sudah nyaman dengan posisi memeluk gymball, dan ingin didampingi oleh suami DO: Ibu tampak nyaman dengan posisi yang diarahkan, ibu tampak meringis sambil mengatur napas, dan saat dilakukan ibu terapi tampak lebih rileks, gelisah ibu berkurang Ibu tampak kooperatif	Dwi dan Bidan 
18.35	1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri setelah diberikan terapi non farmakologis (shake the apple tree) 2. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 3. Memonitor kemajuan persalinan	DS: Ibu mengatakan lebih rileks daripada hanya mengatur napas, nyeri masih terasa dengan skala 6 dan terkontrol DO: Ibu tampak tetap meringis tetapi lebih rileks dan mengatur pola napas dengan benar, ketegangan otot ibu berkurang Ibu tampak kooperatif TTV ibu: TD: 115/80 mmHg, N: 90 x/menit, S: 36,5 °C RR: 20 x/menit, His: 5x10'~40-50" DJJ: 148 x/menit, gerak aktif, belum tampak dorongan untuk meneran, perineum menonjol (-), vulva terbuka (-), tekanan pada anus (-)	Dwi dan Bidan 
19.00 Wita	1. Menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan nutrisi dengan makan dan minum 2. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih	DS : Ibu mengatakan akan makan setelah ini karena takut tidak ada kekuatan saat melahirkan nanti ibu mengatakan hanya mengetahui keinginan untuk mengedan dan rasa ingin BAB merupakan tanda persalinan	Dwi 

1	2	3	4
	3. Mengajarkan ibu mengenali tanda bahaya persalinan	DO: Ibu tampak makan dan minum, dan tampak suami mendampingi ibu saat ke kamar mandi untuk BAK Ibu dan keluarga kooperatif	
19.20 Wita	1. Menciptakan suasana tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman 2. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>shake the apple tree</i>) selama kontraksi berlangsung 3. Mengajarkan ibu untuk mengatur napas dan diusahakan jangan berteriak saat kontraksi agar tidak kehabisan tenaga.	DS: Ibu mengatakan lebih nyaman setiap kali diberikan tindakan walaupun semakin lama nyerinya semakin berat tetapi masih mampu mengontrol Ibu mengatakan kontraksi semakin kuat DO: Ibu tampak nyaman setiap kali diberikan terapi ditambah mampu mengontrol pola napas dengan sesuai. Ibu tampak masih sesekali berteriak kencang	Dwi 
19.35 Wita	1. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 2. Memonitor kemajuan persalinan	DS: Ibu mengatakan dengan posisi terbaring miring kiri membuatnya lebih nyaman DO: TTV ibu: TD: 110/84 mmHg, N: 85 x/menit, S: 36,6, RR: 20 °C His: 4x10'~40-50", DJJ: 150 x/menit, Gerak janin aktif Belum tampak dorongan untuk meneran, perineum menonjol (+), vulva terbuka (+), tekanan pada anus (-), ketuban (-)	Dwi dan Bidan 
20.00 Wita	1. Mengajarkan ibu cara meneran dan pengambilan napas yang benar 2. Mengajarkan ibu posisi yang benar ketika melakukan persalinan (posisi litotomy)	DS: Ibu mengatakan pernah mengikuti kelas hamil, tetapi masih terasa sulit ketika melakukannya saat tiba waktunya DO: ibu tampak mengerti dengan apa yang diajarkan petugas Ibu tampak kooperatif	Dwi 
20.10 Wita	1. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin	DS: Ibu mengatakan perutnya mules seperti ingin BAB,	Dwi dan Bidan

1	2	3	4
	2. Memonitor persalinan	kemajuan seperti ada dorongan pada anus DO: TTV ibu: TD: 110/90 mmHg, N: 92 x/menit, S: 36,5 ⁰ C, RR: 20 x/menit His: 6x10'~40-50'' DJJ: 155 x/menit, gerak aktif Belum tampak dorongan untuk meneran,	
20.30 Wita	1. Menganjurkan ibu untuk mengatur napas, dan tidak mengejan sebelum ada arahan dari bidan 2. Memonitor kesejahteraan ibu dan janin 3. Memonitor kemajuan persalinan	DS: Ibu mengatakan ingin mengedan, terasa ingin BAB DO: Ibu mengatur napas dengan baik. TTV ibu: TD: 115/90 mmHg, N: 98 x/menit, S: 36,9 ⁰ C, RR: 20 x/menit His: 6x10'~40-50'' DJJ: 159x/menit, gerak aktif Hasil VT: V/V normal, portio tidak teraba, dilatasi 10 cm, effacement 100%, ketuban (-), teraba kepala, hodge III, TTBK/TP, UUK depan	Dwi dan Bidan 

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 9
Evaluasi Keperawatan Subjek 1 (Ny.YJ) dan Subjek 2 (Ny. AN) dalam
Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal
Kala I Fase Aktif

Subjek 1 (Ny. YJ)	Subjek 2 (Ny.AN)
1	2
Tanggal : 27 Maret 2026 Waktu : 20.00 WITA	Tanggal : 4 April 2026 Waktu : 20.30 WITA
S (Subjective) : Ibu mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman setelah diberikan terapi <i>shake the apple tree</i> . Ibu mengatakan setelah diberikan terapi menjadi lebih tenang dan ibu dapat beradaptasi terhadap nyeri kontraksi yang hilang timbul serta dapat mengontrol nyeri (5).	S (Subjective): Ibu mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman setiap kali diberikan intervensi <i>shake the apple tree</i> . Ibu menyatakan meskipun nyeri kontraksi semakin berat, ibu merasa lebih mampu mengontrolnya. Nyeri kontraksi terkontrol (5)
O (Objective) : 1. Ibu tampak lebih rileks dan kooperatif saat terapi dilakukan. 2. Ketegangan otot tampak berkurang. 3. Ibu mampu mempraktikkan teknik napas dalam dengan benar untuk mengontrol pola napas saat kontraksi. 4. HIS meningkat ($6 \times 10'' \sim 40-50''$), pembukaan (dilatasi) mengalami kemajuan dari 5 cm menjadi 9 cm (pukul 20.00 WITA). 5. Dilatasi serviks lengkap (5) 6. DJJ : 155 x/menit 7. Hasil VT: V/V normal, portio tidak teraba, dilatasi 9 cm, effacement 100%, ketuban (-), teraba kepala, hodge III, TTBK/TP, UUK depan 8. Frekuensi kontraksi uterus membaik (5) 9. Periode kontraksi uterus membaik (5) 10. Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan cukup meningkat (4) 11. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan cukup meningkat (4)	O (Objective): 1. Ibu tampak lebih rileks, kegelisahan berkurang, dan ketegangan otot menurun saat terapi diberikan. 2. Ibu mampu mengikuti instruksi pengaturan pola napas dengan benar selama kontraksi berlangsung. 3. Terdapat kemajuan persalinan yang signifikan: Dilatasi meningkat dari 7 cm (18.05 WITA) menjadi pembukaan lengkap 10 cm (20.30 WITA). 4. Dilatasi serviks lengkap (5) 5. DJJ: 159x/menit 6. His: $6 \times 10'' \sim 40-50$ membaik (5) 7. Hasil VT: V/V normal, portio tidak teraba, dilatasi 10 cm, effacement 100%, ketuban (-), teraba kepala, hodge III, TTBK/TP, UUK depan 8. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan cukup meningkat (4) 9. Memanfaatkan teknik untuk persalinan cukup meningkat (4) 10. Nyeri punggung masih terasa (3)
A (Assessment): Status intrapartum membaik dengan masalah nyeri melahirkan pada kala I terkontrol	A (Assessment): Status intrapartum membaik dengan masalah nyeri melahirkan pada kala I terkontrol
P (Planning): 1. Lanjutkan intervensi persiapan persalinan (Kala II).	P (Planning): 1. Lanjutkan intervensi persiapan persalinan (Kala II).

1	2
2. Monitor DJJ dan tanda-tanda persalinan lengkap (pembukaan 10 cm).	2. Monitor DJJ
3. Bimbing teknik meneran yang benar	3. Bimbing teknik meneran yang benar
4. Bimbing ibu mengatur pola napas	4. Bimbing ibu mengatur pola napas

Hasil evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perkembangan yang serupa, di mana keluhan nyeri melahirkan berhasil teratasi. Ny. YJ melaporkan penurunan persepsi nyeri ke skala 5, sementara Ny. AN mencapai skala 6. Kedua subjek menunjukkan kemampuan adaptasi dan kontrol nyeri yang baik. Seiring dengan kontraksi yang semakin adekuat hingga mencapai pembukaan lengkap, status intrapartum kedua subjek membaik.