

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Nyeri Melahirkan pada Ibu Bersalin Kala II**

##### **1. Persalinan kala II**

Selama kala II persalinan, intensitas kontraksi meningkat, berlangsung selama 50 sampai 70 detik, dan terjadi pada interval 2 atau 3 menit. Jika ketuban belum pecah, maka pecah ketuban sering kali terjadi pada awal kala ini, dengan semburan cairan ketuban dari vagina. Pada kasus yang jarang, bayi baru lahir dilahirkan dalam “*caul*”, yaitu bagian selaput ketuban yang membungkus kepala bayi baru lahir (Manurung, 2011).

##### **a. Perubahan fisiologi/respon fisiologis persalinan kala II**

Persalinan kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II :

- 1) His menjadi lebih kuat dan lebih sering (fetus axis pressure)
- 2) Timbul tenaga untuk meneran
- 3) Perubahan dalam dasar panggul
- 4) Lahirnya fetus

Respon fisiologis persalinan kala II :

- 1) Sistem kardiovaskuler
  - a) Kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat.
  - b) Resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat.
  - c) Saat mengejan : *cardiac output* meningkat 40-50%.

- d) Tekanan darah sistolik meningkat rata-rata 15mmHg saat kontraksi.
  - e) Janin normalnya dapat beradaptasi tanpa masalah.
  - f) Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat tidak menimbulkan masalah serius.
- 2) Respirasi
- a) Respon terhadap perubahan kardiovaskuler : konsumsi oksigen meningkat.
  - b) Percepatan pematangan surfaktan (*fetus-labor speeds maturation of surfactant*) : penekanan pada dada selama proses persalinan membersihkan paru-paru janin dari cairan yang berlebihan.
- 3) Pengaturan suhu
- a) Aktivitas otot yang meningkat menyebabkan sedikit kenaikan suhu.
  - b) Kehilangan cairan meningkat oleh karena meningkatnya kecepatan dan kedalaman respirasi sehingga menyebabkan retriksi cairan.
- 4) Urinaria
- a) Perubahan ginjal memekat urine, berat jenis meningkat, ekskresi protein trace.
  - b) Penekanan kepala janin menyebabkan tonus vesical kandung kencing menurun.
- 5) Musculoskeletal
- a) Hormon relaxin menyebabkan pelunakan kartilago antara tulang.
  - b) Fleksibilitas pubis meningkat.
  - c) Nyeri punggung.
  - d) Tekanan kontraksi mendorong janin sehingga terjadi fleksi maksimal.
- 6) Saluran cerna

- a) Praktis inaktif selama persalinan.
  - b) Proses pencernaan dan pengosongan lambung memanjang.
- 7) Sistem syaraf
- a) Adanya kontraksi menyebabkan penekanan pada kepala janin sehingga detak jantung janin menurun.
- b. Respon psikologis persalinan kala II
- 1) *Emotional distress*.
  - 2) Nyeri menurunkan kemampuan mengendalikan emosi sehingga menyebabkan cepat marah.
  - 3) Lemah.
  - 4) Takut.
  - 5) Kultur (respon terhadap nyeri, posisi, pilihan kerabat yang mendampingi, perbedaan kultur harus diperhatikan)
- c. Gejala dan tanda kala II persalinan

Gejala dan tanda kala II persalinan adalah :

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melakukan periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah :

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap, atau
- 2) Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

d. Penatalaksanaan fisiologis kala II persalinan

Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi sepanjang periode tersebut dan diakhiri dengan lahirnya bayi secara normal (dengan kekuatan ibu sendiri). Gejala dan tanda kala II juga merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai. Setelah terjadi pembukaan lengkap, beritahukan pada ibu bahwa hanya dorongan alamiahnya yang mengisyaratkan ia untuk meneran dan kemudian beristirahat diantara kontraksi. Ibu dapat memilih posisi yang nyaman, baik berdiri, berjongkok, atau miring yang dapat mempersingkat kala II. Beri keleluasaan untuk ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan kelahiran jika ibu memang menginginkannya atau dapat mengurangi rasa tidak nyaman yang dialaminya.

Pada penatalaksanaan fisiologis kala II, ibu memegang kendali dan mengatur saat meneran. Penolong persalinan hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar. Harap diingat bahwa sebagian besar daya dorong untuk melahirkan bayi, dihasilkan dari kontraksi uterus. Meneran hanya menambah daya kontraksi untuk mengeluarkan bayi.

e. Pemantauan selama kala II persalinan

Kondisi ibu, bayi dan kemajuan persalinan harus selalu dipantau secara berkala dan ketat selama berlangsungnya kala II persalinan. Pantau, periksa dan catat :

- 1) Nadi ibu setiap 30 menit.
- 2) Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit
- 3) Denyut jantung janin setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit.

- 4) Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (paksi luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat.
  - 5) Warna cairan ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur meconium atau darah).
  - 6) Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka.
  - 7) Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir.
  - 8) Kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelum bayi pertama pertama lahir.
  - 9) Catatkan semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan.
- f. Persiapan penolong persalinan

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan dan perlengkapan perlindungan diri.

- 1) Sarung tangan : sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril harus selalu dipakai selama melakukan periksa dalam, membantu kelahiran bayi, episiotomi, penjahitan laserasi dan asuhan segera bagi bayi baru lahir. Sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril harus menjadi bagian dari perlengkapan untuk menolong persalinan (*partus set*) dan prosedur penjahitan (*suturing* atau *hecting set*). Sarung tangan harus diganti apabila terkontaminasi, robek, atau bocor.
- 2) Perlengkapan pelindung diri : pelindung diri merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk

menularkan penyakit. Oleh sebab itu, penolong persalinan harus memakai celemek yang bersih, penutup kepala atau ikat rambut, masker penutup mulut dan pelindung mata (kacamata) pada saat menolong persalinan.

- 3) Persiapan tempat persalinan, peralatan, dan bahan : penolong persalinan harus memiliki ruangan tempat proses persalinan berlangsung, dengan pencahayaan atau penerangan yang cukup. Ibu dapat menjalani persalinan ditempat tidur dengan kasur yang dilapisi kain penutup yang bersih, kain tebal dan pelapis anti bocor (plastik). Ruangan harus hangat tetapi tidak panas dan terhalang dari tiupan angin secara langsung. Selain itu, harus tersedia meja atau permukaan yang bersih dan mudah dijangkau untuk meletakkan peralatan yang diperlukan.
- 4) Penyiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi : persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi itu sendiri. Siapkan lingkungan yang sesuai bagi proses kelahiran bayi dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal 25°C), pencahayaan yang cukup, dan bebas dari tiupan angin.

## **2. Nyeri persalinan**

### **a. Pengertian nyeri**

Persalinan diawali dengan penurunan hormon progesteron. Respon tersebut memberikan umpan balik ke hipotalamus untuk mensekresi oksitosin yang dikeluarkan melalui hipofisis posterior. Pengaruh dari oksitosin membuat terjadinya kontraksi otot miometrium yang berdampak terhadap munculnya respon nyeri dari ibu. Nyeri persalinan berbeda dengan karakteristik jenis nyeri yang lain. Nyeri persalinan adalah bagian dari proses normal, dapat diprediksi munculnya

nyeri yakni sekitar hamil aterm sehingga ada waktu untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi, nyeri yang muncul adalah bersifat akut memiliki tenggang waktu yang singkat, munculnya nyeri secara intermitten dan berhenti jika proses persalinan sudah berakhir. Hampir semua ibu mengalami nyeri persalinan. Persalinan tanpa nyeri hanya dirasakan oleh sedikit ibu hamil. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang. Nyeri bersifat subyektif artinya antara satu individu dengan individu lainnya berbeda dalam menyikapi nyeri tersebut.

b. Fisiologi nyeri persalinan

Proses terjadinya nyeri persalinan terdiri dari 3 (tiga) komponen fisiologis berikut ini: resepsi (proses perjalanan nyeri), persepsi (kesadaran seseorang terhadap nyeri), reaksi (respon fisiologis dan perilaku setelah mempersepsikan nyeri).

- 1) Resepsi : proses perjalanan nyeri selama persalinan berlangsung sesuai dengan fase persalinan. Nyeri di kala I disebabkan oleh kontraksi uterus sehingga menyebabkan uterus tertarik dan serviks mendatar (*effacement*) dan berdilatasi. Nyeri di kala II disebabkan oleh penurunan kepala ke rongga pelvis dan menyebabkan peregangan struktur jalan lahir ke bawah. Bentuk stimulus merangsang pengeluaran zat kimia (histamin, bradikinin, dan kalium). Pengaruh dari zat tersebut nosiseptor aktif mentransmisikan impuls-impuls nyeri. Impuls-impuls nyeri dihantarkan ke arah atas menuju substansi gelatinosa di dalam kornu dorsalis medulla spinalis di torakal 10-12 sampai lumbal 1 (kala I) sedangkan impuls-impuls nyeri selama kala II di transmisikan melalui syaraf pudendal ke nervus sakralis ke-4. Semua impuls tersebut di transmisikan oleh serabut syaraf perifer (serabut A-delta dan serabut C) ke thalamus. Thalamus

sebagai girus pasca sentralis memproyeksikan nyeri ke korteks serebri yang selanjutnya akan di persepsikan.

- 2) Persepsi : hasil persepsi impuls nyeri ditransmisikan kembali oleh efektor sebagai persepsi nyeri. Fase ini merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri, pada saat individu menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Persepsi menyadarkan individu dan mengartikan nyeri itu sebagai respon yang tidak menyenangkan kemudian individu dapat bereaksi.
- 3) Reaksi : reaksi terhadap nyeri merupakan respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri. Hasil persepsi di korteks cerebri ditransmisikan ke thalamus lalu ke sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Stimulasi pada cabang simpatis di saraf otonom menghasilkan respon fisiologis dan perilaku. Apabila nyeri berlangsung terus menerus, maka sistem parasimpatis akan bereaksi. Demikian pula, bila nyeri dirasakan terus menerus akan menyebabkan kelelahan pada ibu saat proses meneran. Pada saat yang bersamaan proses persalinan akan berlangsung lama.

c. Penyebab dan intensitas nyeri persalinan

1) Kala I

Nyeri persalinan kala I merupakan nyeri *visceral*. Nyeri *visceral* berasal dari organ-organ internal yang berada dalam rongga thorak, abdomen, cranium. Kejadian nyeri kala I diawali dengan adanya kontraksi uterus yang menyebar dan membuat abdomen kram. Nyeri di kala I disebabkan oleh merengangnya uterus dan terjadinya pendataran dan dilatasi serviks. Stimulus tersebut yang dihantarkan ke medulla spinalis di torakal 10-12 sampai dengan lumbal 1. Intensitas nyeri kala I bervariasi sesuai kemajuan dari dilatasi serviks. Kala I fase laten, pembukaan 0-

3cm nyeri yang dirasakan sakit dan tidak nyaman. Sedangkan, fase aktif pembukaan 4-7cm nyeri agak menusuk, dan pembukaan 7-10cm nyeri menjadi lebih hebat, menusuk, dan kaku.

## 2) Kala II

Nyeri kala II merupakan nyeri somatik, nyeri somatik berasal dari lapisan dinding tubuh. Reseptor nyeri somatik meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Struktur reseptor sangat kompleks. Nyeri yang di timbulkan merupakan nyeri yang tumpul dan sulit di lokalisasi. Nyeri kala II disebabkan oleh tekanan kepala janin pada pelvis, distensi struktur pelvis regangan pada organ dasar panggul (kandung kemih, uretra, rectum, vagina, perineum) dan tekanan pada pleksus lumbo sakralis. Impuls-impuls nyeri tersebut di bawa dari perineum ke sacrum 2, 3, 4 melalui syaraf pudendal. Tipe nyeri kala II seperti menyengat, tajam, tarikan, tekanan, rasa terbakar, seperti diplintir serta kram. Nyeri dirasakan di regio lumbal 2, bagian bawah punggung, paha, tungkai dan area vagina, dan perineum. Ibu biasanya mempunyai keinginan untuk mengejan.

### d. Faktor yang mempengaruhi respon nyeri selama persalinan

Ada beberapa factor yang dapat mempengaruhi respon nyeri selama persalinan :

#### 1) Usia

Faktor usia sangat mempengaruhi respon seseorang terhadap sensasi nyeri. Usia dewasa menggambarkan kematangan dalam pola berfikir dan bertindak. Respon fisiologis yang ditampilkan oleh ibu melahirkan tergantung dari tingkat nyeri. Gambaran tersebut menyebabkan ada perbedaan pemahaman nyeri selama bersalin. Ibu melahirkan di usia dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah

patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Ibu melahirkan di usia muda akan mengungkapkan nyeri sebagai sensasi yang sangat menyakitkan di setiap fase persalinan.

## 2) Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri akibat yang harus diterima sebagai seorang wanita. Wanita itu adalah orang yang harus menjalani fisiologi reproduksinya sehingga wajar menerima apapun yang terjadi selama hamil dan melahirkan.

## 3) Makna nyeri

Makna nyeri berhubungan dengan pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya. Jika riwayat persalinan ibu sebelumnya pernah mengalami sensasi nyeri yang begitu tidak menyenangkan maka persalinan saat ini, nyeri bisa dipersepsikan sebagaimana nyeri sebelumnya. Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri di masa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

## 4) Perhatian

Klien yang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

#### 5) Ansietas

Hubungan cemas dengan nyeri adalah hubungan timbal balik. Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Dampak dari cemas sendiri terhadap impuls syaraf parasimpatis yang merangsang kelenjar adrenal bagian medulla mensekresi hormone katekolamin. Katekolamin menyebabkan vasokonstriksi vaskuler. Sehingga sirkulasi menjadi terganggu dan asupan oksigen ke jaringan berkurang menimbulkan sensasi nyeri semakin kuat.

#### 6) Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri. Orang akan cenderung melukai dirinya dan menyalahkan kondisi saat ini.

#### 7) Support keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan. Perhatian khusus dibutuhkan oleh seorang ibu disaat melahirkan untuk menurunkan tingkat kecemasannya dan memenuhi kebutuhan fisik ibu.

#### e. Penatalaksanaan nyeri dengan metoda non farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi adalah metode yang tidak menggunakan obat serta tidak memerlukan instruksi medis. Transmisi nyeri dapat di modifikasi atau di blok oleh *counterstimulation*. Stimulasi tersebut dapat dilakukan oleh perawat atau bidan dengan keterampilannya yang dimilikinya.

#### 1) Keuntungan metode non farmakologi

Metode non farmakologi mempunyai beberapa keuntungan melebihi metode farmakologi, jika pengontrolan nyeri memadai. Selama pemberian metode ini tidak ditemukan efek samping atau alergi. Proses persalinan akan berlangsung secara normal karena ibu mengalami rileks menghadapi kontraksi uterus, peregangan uterus dan penekanan bagian presentasi ke dasar pelvis.

#### 2) Keterbatasan metode non farmakologi

Keberhasilan dari metode non farmakologi sangat tergantung dari kemampuan pemberi pertolongan, ibu melahirkan dan lingkungan. Seorang penolong sebaiknya memiliki sertifikat keahlian dalam metode tersebut. Beberapa wanita yang menggunakan metode ini belum mampu memperoleh tingkat nyeri yang diinginkan. Hal tersebut dipengaruhi oleh banyak faktor yang mempengaruhi respon nyeri seseorang selama persalinan, walaupun kehamilan tersebut sudah dipersiapkan dan mempunyai motivasi tinggi untuk memiliki anak.

#### 3) Pesiapan untuk penatalaksanaan nyeri

Pendidikan tentang penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi adalah dasar pada kelas antenatal dalam persiapan persalinan. Sehingga waktu yang ideal untuk belajar mengontrol nyeri non farmakologi adalah sebelum persalinan yakni akhir-akhir kehamilan. Persiapan perawat atau bidan dalam proses pembelajaran terhadap pasangan di kelas antenatal adalah mengajarkan ibu yang belum mengerti dan suaminya tentang aspek-aspek rasa nyeri dan teknik-teknik non farmakologi.

#### 4) Teknik-teknik non farmakologi

Berbagai macam teknik non farmakologi yang dapat diberikan selama kelas antenatal dalam persiapan. Teknik tersebut dibagi tiga macam teknik :

a) Teknik relaksasi

Prinsip dari teknik ini adalah meningkatkan relaksasi klien. Relaksasi adalah menjadi dasar dari semua metode termasuk metode farmakologi. Manfaat dari teknik adalah :

- (1) Meningkatkan aliran darah pada uterus dan oksigenasi janin.
- (2) Mengurangi ketegangan yang meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri dan menurunkan toleransi nyeri.
- (3) Meningkatkan efisiensi kontraksi uterus.
- (4) Mengurangi ketegangan yang dapat menghambat penurunan janin ke rongga pelvis.

Berbagai teknik relaksasi yang dapat dilakukan antara lain :

- (1) Hypnoterapi : membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif.
- (2) Hydroterapi.
- (3) Acupuncture.
- (4) Acupressure.
- (5) Teknik pernafasan oleh Lamaze.

Keberhasilan teknik relaksasi dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: lingkungan yang nyaman seperti penerangan tidak terlalu terang, suhu ruangan dingin dan suara tidak rebut. Dukungan dari petugas kesehatan: informasi dan hubungan terapeutik. Dukungan dari keluarga: pendampingan selama kelas antenatal dan dikamar bersalin. Dukungan yang diperoleh oleh klien mampu mengurangi kecemasan dan ketakutan sehingga mudah memahami instruksi yang disampaikan oleh penolong.

b) Stimulasi cutaneus

Stimulasi cutaneus di daerah punggung akan menstimulasi mekanoreseptor yakni neuron beta-A suatu neuron yang lebih tebal, dan lebih cepat melepaskan *neurotransmitter* penghambat impuls nyeri. Beberapa teknik stimulasi cutaneus yakni: self massage (*effleurage*), massage dengan bantuan (*counter pressure, rubbing, deep back*), stimulasi termal (kompres panas/dingin, mandi dengan shower, mandi rendam), transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). Apabila stimulasi cutaneus lebih cepat menstimulasi neuron beta-A maka gate nyeri akan tertutup sedangkan impuls nyeri yang dibawa oleh neuron delta-A dan C tidak dapat ditransmisikan ke korteks cerebri sehingga tidak ada ditemukan adanya persepsi nyeri.

c) Stimulasi mental

Komponen dari stimulasi mental terdiri dari: imagery, distraksi, meditasi, aromaterapi. Kegiatan ini merupakan upaya untuk melepaskan endorphin (Potter, 2005). Pengeluaran endorphin alami dari tubuh berlangsung disaat tubuh mengalami rileks. Endorphin adalah morfin yang bermanfaat memberikan relaksasi bagi tubuh. Endorphin mampu menutup gerbang nyeri sehingga ibu bisa lebih tenang. Dengan demikian pelaksanaan terapi sebaiknya memperhatikan lingkungan yang aman dan tenang.

## **B. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin Kala II Dengan Nyeri Melahirkan**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian dilakukan sebelum mendapatkan data lengkap. Pengkajian ini diprioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin (Mitayani, 2013).

a. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit (MRS), dan tanggal pengkajian. Kaji juga identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Data kesehatan

Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada saat dikaji.

c. Riwayat obstetri dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

d. Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes melitus (DM).

e. Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada pernafasan, nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), gerak badan atau aktivitas, istirahat tidur, berpakaian, rasa nyaman (pasien merasakan adanya dorongan meneran, tekanan ke anus, perineum menonjol), kebersihan diri, rasa aman, pola komunikasi atau hubungan pasien dengan orang lain, ibadah, produktivitas, rekreasi, kebutuhan belajar.

f. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum pasien terlebih dahulu seperti Glasgow coma scale (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Kemudian, dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik head to toe dari :

- 1) Kepala : pemeriksaan pada rambut, telinga, mata, mulut, dan leher. Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.
- 2) Dada : pemeriksaan pada mammae, areola.
- 3) Abdomen : pemeriksaan leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).
- 4) Genetalia dan perineum : pemeriksaan dalam seperti vaginal toucher (VT), status portio, warna air ketuban.
- 5) Ekstremitas atas dan bawah : lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises, dan sebagiannya.

g. Data penunjang

Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosis keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk

mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam penelitian ini adalah nyeri melahirkan.

Tabel 1  
Diagnosis Keperawatan

Nyeri Melahirkan	
Kategori :	Psikologis
Subkategori :	Nyeri dan kenyamanan
Definisi :	Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan
Penyebab :	a. Dilatasi serviks b. Pengeluaran janin
Gejala dan tanda mayor	
Subjektif	Objektif
a. Mengeluh nyeri	a. Ekspresi wajah meringis
b. Perineum merasa tertekan	b. Berposisi meringankan nyeri
	c. Uterus teraba membulat
Gejala dan tanda minor	
Subjektif	Objektif
a. Mual	a. Tekanan darah meningkat
b. Nafsu makan menurun atau meningkat	b. Frekuensi nadi meningkat
	c. Ketegangan otot meningkat
	d. Pola tidur berubah
	e. Fungsi berkemih berubah
	f. Diaphoresis

- 
- g. Gangguan perilaku
  - h. Perilaku ekspresif
  - i. Pupil dilatasi
  - j. Muntah
  - k. Fokus pada diri sendiri
- 

(Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pengklasifikasian intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan analisis kesehatan (*similarity analysis*) dan penilaian klinis (*clinical judgement*). Intervensi keperawatan yang bersifat mutikategori atau dapat diklasifikasikan ke dalam lebih dari satu kategori, maka diklasifikasikan berdasarkan kecenderungan yang paling dominan pada salah satu kategori/subkategori.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) perencanaan untuk masalah keperawatan nyeri melahirkan pada ibu bersalin kala II, yaitu sebagai berikut :

a. Tujuan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) :

1) Kontrol nyeri

Kriteria hasil yang diharapkan :

- a) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
- b) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
- c) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
- d) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat

- e) Dukungan orang terdekat meningkat
- 2) Status intrapartum

Kriteria hasil yang diharapkan :

- a) Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat
  - b) Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat
  - c) Dilatasi serviks meningkat
  - d) Perdarahan vagina menurun
  - e) Frekuensi kontraksi uterus membaik
  - f) Periode kontraksi uterus membaik
  - g) Intensitas kontraksi uterus membaik
  - h) Tekanan darah, frekuensi nadi, dan suhu membaik.
- b. Intervensi Keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI):
- 1) Manajemen nyeri
    - a) Monitor tanda-tanda vital
    - b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
    - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - c. Untuk melakukan persalinan normal pada kala II, ada 58 langkah asuhan persalinan normal (APN, 2008) sebagai berikut :
    - 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
    - 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>ml ke dalam partus set.
    - 3) Memakai celemek plastik.

- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi dengan air matang, dengan gerakan vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan tersebut selama 10 menit.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

- 14) Jika ibu belum merasa ada dorongan meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.
- 15) Letakan handuk bersih untuk mengeringkan bayi di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 17) Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan ke bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki dengan memasukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari yang lainnya.
- 25) Lakukan penilaian selintas.
- 26) Keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2006). Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan berfokus pada pengobatan terapi non farmakologi terapi nyeri membutuhkan pendekatan yang individual, yang memungkinkan lebih di bandingkan dengan masalah klien lain. Perawat memberi dan memantau terapi non farmakologi agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi.

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2006).

Tabel 2  
Evaluasi Keperawatn

No	Diagnosa keperawatan	Evaluasi
1.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin	<p><b>S</b> (Subjektif): Pasien mengatakan nyeri terkontrol, mampu mengenali onset nyeri, mampu mengenali penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik no-farmakologis.</p> <p><b>O</b> (Objektif): Pasien tampak mendapat dukungan dari orang terdekat, koping terhadap ketidaknyamanan persalinan tampak meningkat, memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat, dilatasi serviks tampak meningkat, perdarahan vagina menurun, frekuensi kontraksi uterus pasien tampak membaik, periode kontraksi uterus pasien tampak membaik, intensitas kontraksi uterus pasien tampak membaik, tekanan darah, nadi, dan suhu membai.</p> <p><b>A</b> (Assessment): Tujuan tercapai.</p> <p><b>P</b> (Planning): Pertahankan kondisi pasien.</p>

*(PPNI, 2018)*