

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Nyeri Melahirkan Pada Ibu Bersalin Normal Kala II

1. Persalinan Kala II

Persalinan merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap janin akan segera keluar. His 2-3x/menit lamanya 60-90 detik (Ilmiah, 2015).

a. Perubahan fisiologis pada persalinan Kala II

Adapun perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan Kala II menurut (Buda & Fajrin, 2011) sebagai berikut:

- 1) Tekanan Darah meningkat selama proses persalinan : Kenaikan sistole 15 (10-20) mmhg, kenaikan diastole 5-10 mmhg.
- 2) Metabolisme, metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara perlahan, terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu yang menyebabkan terjadinya peningkatan suhu badan ibu, nadi, dan pernafasan.
- 3) Suhu, meningkat 0,5-1 C disebabkan peningkatan metabolisme tubuh
- 4) Pernafasan, meningkat karena peningkatan metabolisme
- 5) Perubahan Renal, poliuria sering terjadi, disebabkan kenaikan angka filtrasi glomerula serta peningkatan aliran plasma ginjal.

6) Perubahan Hematologi, Hb akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada masa pra persalinan pada hari pertama pasca kelahiran. Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala II hingga mencapai ukuran jumlah maksimal.

b. Perubahan psikologis persalinan kala II meliputi :

- 1) Persepsi terhadap rasa sakit
- 2) Takut dan cemas
- 3) Kepribadian
- 4) Kelelahan
- 5) Pengharapan

c. Tanda – Tanda Persalinan

Tanda - tanda bahwa persalinan sudah dekat menurut (Buda & Fajrin, 2011) meliputi :

1) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

2) *Pollakisuria*

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendur, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

3) *False labor*

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini bersifat:

- a) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
 - b) Tidak teratur
 - c) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
 - d) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan cervix.
- 4) Perubahan *cervix*

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa *cervix* yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak namun menjadi: lebih lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

5) *Energy Spurt*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai, setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah,

dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

6) *Gastrointestinal Upsets*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

Tanda - tanda persalinan:

- 1) Timbulnya his persalinan, ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:
 - a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
 - b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya
 - c) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat
 - d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan *cervix*.
- 2) *Bloody show* (Lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

3) *Premature Rupture of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini

keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

Tanda - tanda persalinan kala II meliputi :

- 1) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 – 100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- 2) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning - kuning sekonyong-konyong dan banyak.
- 3) Pasien mulai mengejan.
- 4) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka.
- 5) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut: “Kepala membuka pintu”.
- 6) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “Kepala keluar pintu”.
- 7) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior.
- 8) Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.

- 9) Setelah kepala lahir dilanjut dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- 10) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
- 11) Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- 12) Lama kala II pada primi \pm 50 menit pada multi \pm 20 menit.

d. Kebutuhan Ibu dalam kala II

- 1) Dukungan fisik dan psikologis
- 2) Kebutuhan makanan dan minuman
- 3) Kebutuhan glikogen dan cairan
- 4) Kenyamanan
- 5) Kebutuhan eliminasi.

e. Penatalaksanaan Kala II

- 1) Setelah pembukaan lengkap, pimpin untuk meneran apabila timbul dorongan spontan untuk melakukan hal itu
- 2) Beristirahat diantara kontraksi
- 3) Berikan posisi yang nyaman bagi ibu
- 4) Pantau kondisi janin
- 5) Bila ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap, anjurkan bernafas cepat/biasa, atur posisi agar nyaman, upayakan tidak meneran hingga pembukaan lengkap

- 6) Bila pembukaan sudah lengkap tetapi ibu tidak ingin meneran, anjurkan untuk mobilisasi atau mengubahubah posisi hingga timbul dorongan untuk meneran
 - 7) Bila kontraksi kuat tetapi ibu tidak ingin meneran setelah 60 menit dari sejak pembukaan lengkap, pimpin untuk meneran saat kontraksi puncak (beri asupan yang cukup)
 - 8) Bila 60 menit setelah itu kelahiran bayi masih belum terjadi, rujuk ibu ke fasilitas rujukan.
- f. Pemantauan penatalaksanaan kala II
- 1) Nadi ibu setiap 30 menit
 - 2) Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit
 - 3) DJJ setelah meneran atau kontraksi
 - 4) Penurunan kepala (palpasi luar) setiap 30 menit atau jika ada indikasi, lakukan pemeriksaan dalam setiap 60 menit
 - 5) Kondisi selaput ketuban dan warna cairan ketuban
 - 6) Kemungkinan adanya presentasi majemuk
 - 7) Putaran paksi luar (setelah lahirnya kepala bayi)
 - 8) Pencatatan hasil pemeriksaan dan intervensi Episiotomi
 - 9) Tidak dilakukan secara rutin
 - 10) Bila tidak tepat waktu dan prosedurnya salah, terjadi peningkatan jumlah perdarahan, laserasi derajat 3 atau 4 dan kejadian hematoma
 - 11) Menyebabkan nyeri pascapersalinan
 - 12) Meningkatkan risiko infeksi (Buda & Fajrin, 2011).

2. Nyeri Melahirkan Kala II

a. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang itulah yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dialami (Ilmiah, 2015).

Nyeri persalinan adalah suatu perasaan tidak nyaman berkaitan dengan adanya kontraksi uterus, dilatasi dan effacement serviks, penurunan presentasi, peregangan vagina dan perineum yang berakhir di kala IV persalinan, persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Pada kala pengeluaran, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira – kira 2 -3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot – otot dasar panggul yang menimbulkan rasa mengedan. Terjadi tekanan pada rectum, ibu merasa ingin buang air besar, dan tanda anus terbuka (Ardriaansz, 2017).

b. Penyebab nyeri melahirkan

- 1) Dilatasi serviks
- 2) Pengeluaran janin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

c. Tanda dan gejala nyeri melahirkan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 tanda dan gejala dari nyeri melahirkan sebagai berikut.

- 1) Tanda Mayor : mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus teraba membulat.

2) Tanda Minor : mual, nafsu makan menurun/meningkat, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, ketegangan otot meningkat, pola tidur berubah, fungsi berkemih berubah, diaforesis, gangguan perilaku, perilaku ekpresif, pupil dilatasi, muntah, fokus pada diri sendiri.

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri melahirkan

Menurut Manurung (2011), faktor – faktor yang mempengaruhi respon nyeri saat persalinan:

1. Usia

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. Dampak nyeri melahirkan

- 1) Mempengaruhi kontraksi uterus melalui sekresi kadar katekolamina yang menaikkan aktivitas system saraf simpatis.
- 2) Perubahan tekanan darah, denyut jantung, pernapasan dan akibatnya memengaruhi lama persalinan.
- 3) Kecemasan dan kelelahan atau kekuatan (tenaga untuk mengejan) Ibu akan habis saat persalinan.

Nyeri merupakan yang dapat memicu stress dan stress dapat memicu kejadian nyeri. Sehingga kejadian nyeri dapat memicu kesejahteraan psikologis. Perawat harus memperhatikan hal – hal berikut untuk mengetahui efek nyeri pada klien, menurut (Manurung, 2011):

- 1) Tanda dan gejala fisik, karena adanya nyeri yang dirasakan klien bisa berpengaruh pada fungsi normal tubuh.
- 2) Efek tingkah laku, seperti respon verbal, gerakan tubuh, ekspresi wajah, dan interaksi sosial.
- 3) Efek pada ADL, klien mengalami nyeri kurang mampu berpartisipasi secara rutin dalam aktivitas sehari-hari.

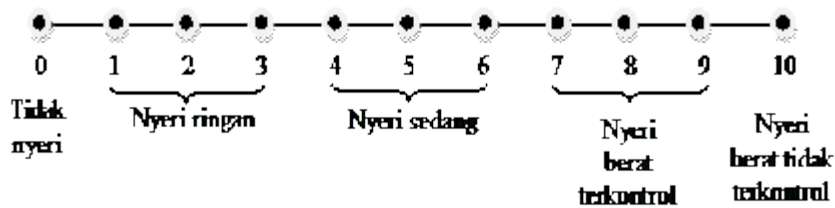
f. Penatalaksanaan nyeri

Mengatasi nyeri selama persalinan digunakan farmakologis yaitu dengan obat dan cara nonfarmakologis atau tanpa obat.

- 1) Farmakologi adalah dengan pemberian obat-obatan analgesic yang bisa disuntikkan, melalui infuse intra vena yaitu syaraf yang mengantar nyeri selama persalinan. Tindakan farmakologis masih menimbulkan pertentangan karena pemberian obat selama persalinan dapat menembus sawar plasenta, sehingga dapat berefek pada aktivitas rahim. Efek obat yang diberikan kepada ibu terhadap bayi dapat secara langsung maupun tidak langsung.
- 2) Nonfarmakologi, metode pengontrolan nyeri secara nonfarmakologi sangat penting karena tidak membahayakan bagi ibu maupun janin, tidak memperlambat persalinan jika diberikan control nyeri yang kuat, dan tidak mempunyai efek alergi maupun efek obat.
 - a) Distraksi, memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif afektif lainnya.
 - b) Relaksasi, teknik untuk mencapai kondisi rileks, yaitu ketika seluruh system saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat untuk melepaskan ketegangan yang ada. Cara yang paling umum digunakan adalah kontrol pernapasan (teknik nafas dalam)
 - c) Pemijatan/masase, masase adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif.
 - d) Hipnoterapi, suatu proses sederhana agar diri kita berada pada kondisi rileks, tenang dan terfokus guna mencapai suatu hasil atau tujuan.

- e) Imajinasi terbimbing, melibatkan wanita yang menggunakan imajinasi untuk mengontrol dirinya. Hal ini dicapai dengan menciptakan bayangan yang mengurangi keparahan nyeri.
- f) Psiko profilaksis, melatih ibu agar mempunyai respon yang positif terhadap persalinan sehingga nyeri saat melahirkan tidak menimbulkan hal-hal yang mempersulit lahirnya bayi.
- g) Akupresure, teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik penekanan, pemijatan, dan pengurutan sepanjang meridian tubuh atau garis aliran energy. Teknik ini dapat menurunkan nyeri dan mengefektifkan waktu persalinan (Ilmiah, 2015).
- g. Pengukuran skala nyeri persalinan

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian *Numeric Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 1 Skala Nyeri Numerik

(Sumber: Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Asuhan Keperawatan Intranatal Manurung, Suryani, 2011)

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

- 1- 3 : Nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)
- 4 - 6 : Nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7- 9 : Nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi.
- 10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

B. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Beralin Normal Kala II dengan Nyeri Melahirkan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah paling kritis dalam proses keperawatan. Bila langkah ini tidak diselesaikan dalam cara berpusat-klien, perawat akan kehilangan kendali terhadap langkah proses keperawatan selanjutnya. Ada dua jenis pengkajian, yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data dan mungkin yang paling mudah untuk diselesaikan (Nanda, 2018).

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat, ibu dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian

dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dilakukan sebelum mendapatkan data lengkap. Pengkajian ini diprioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin (Mitayani, 2013).

a. Pengkajian kala II persalinan normal

1) 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.

2) Data kesehatan

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

3) 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.

4) Riwayat penyakit

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

5) 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.

6) 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 :

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

7) 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).

b. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri yang faktual dan akurat di butuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk menyeleksi terapi yang cocok dan untuk mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Keuntungan pengajian nyeri bagi klien adalah bahwa nyeri diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat di ukur, dan data dijelaskan, serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Potter & Perry, 2005). Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri antara lain :

1) Penentuan ada tidaknya nyeri

Dalam memulai pengkajian terhadap nyeri pada klien, hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah penentu ada tidaknya nyeri pada klien. Perawat harus mempercayai ketika klien melaporkan adanya ketidaknyamanan (nyeri) walaupun dalam observasi perawat tidak menemukan cedera maupun luka. Setiap nyeri yang dilaporkan oleh klien adalah nyata adanya tetapi ada beberapa klien menyembunyikan rasa nyerinya untuk menghindari pengobatan (Sulistiyo & Andarmoyo, 2013).

2) Klasifikasi pengalaman nyeri

Hal lain yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh klien, karena hal ini akan sangat membantu untuk mengetahui pada fase apa nyeri yang dirasakan oleh klien. Fase tersebut antara lain 1) fase antisipasi, 2) fase sensasi, dan 3) fase akibat. Fase tersebut mempengaruhi jenis terapi yang memiliki kemungkinan paling besar untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2005).

3) Ekspresi terhadap nyeri

Amati cara verbal dan nonverbal klien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Perawat dapat melakukan pengkajian dengan mengamati secara verbal melalui kata-kata yang keluar dari klien seperti, “aduh”, “ouhh”, atau “sakit”. Selain itu perawat dapat mengamati ekspresi nonverbal dari klien seperti meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan poster tubuh yang tidak lazim (Sulistiyo & Andarmoyo, 2013).

4) Karakteristik nyeri

Untuk membantu klien dalam mengutarakan masalah atau keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis symptom. Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST). P (paliatif atau provocative) merupakan yang menyebabkan timbulnya masalah, Q (quality dan quantitiy) merupakan kualitas dan kuantitas nyeri, R (region) merupakan lokasi nyeri, S (severity) adalah keparahan dan T (timing) merupakan waktu (Sulistiyo & Andarmoyo, 2013).

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

Tabel 1

Diagnosis Gambaran Asuhan Keperawatan Persalihan Normal Kala II dengan Nyeri Melahirkan

No (1)	Diagnosis Keperawatan (2)	Etiologi (3)	Gejala dan Tanda (4)
1	<p>Nyeri Melahirkan</p> <p>Kategori : <i>Psikologis</i></p> <p>Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.</p>	<p>1. Dilatasi serviks</p> <p>2. Pengeluaran janin</p>	<p>Mayor</p> <p>1. Subjektif :</p> <p>a. Mengeluh nyeri</p> <p>b. perineum terasa tertekan</p> <p>2. Objektif :</p> <p>a. Ekpresi wajah meringis</p> <p>b. Berposisi meringankan nyeri</p> <p>c. Uterus teraba membulat</p> <p>Minor</p> <p>1. Subjektif:</p> <p>a. Mual,</p> <p>b. Nafsu makan menurun/meningkat</p> <p>2. Objektif :</p> <p>a. Tekanan darah meningkat</p> <p>b. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>c. Ketegangan otot meningkat</p> <p>d. Pola tidur berubah, Fungsi berkemih berubah</p> <p>e. Diaforesis</p> <p>f. Gangguan perilaku, perilaku ekspresif</p> <p>g. Pupil dilatasi</p> <p>h. Muntah</p> <p>i. Fokus pada diri sendiri.</p>

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018b). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia untuk masalah keperawatan nyeri melahirkan, yaitu sebagai berikut :

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin Normal Kala II dengan Nyeri Melahirkan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Nyeri Melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin ditandai dengan mengeluh perineum terasa tertekan, mual, nafsu makan menurun/meningkat, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus terasa membulat, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, ketegangan otot meningkat, pola tidur berubah, kondisi berkemih berubah, diaphoresis, gangguan perilaku, perilaku ekspresif, muntah, pupil dilatasi, focus pada diri sendiri.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri dan kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat nyeri a Keluhan nyeri meningkat b Meringis meningkat 2. Kontrol nyeri Dengan kriteria hasil: a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat c Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat d Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat e Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat	Intervensi Utama 1. Manajemen Nyeri a. Observasi 1) Monitor tanda-tanda vital 2) Identifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Monitor denyut jantung janin, his, vagina toucher (VT), status portio, warna air ketuban b. Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur c. Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. d. Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

(Sumber :Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Untuk melakukan persalinan normal pada kala II, ada 58 langkah asuhan persalinan normal (APN) menurut Maharani (2017) sebagai berikut :

- a. Lihat Tanda Gejala Kala II

- 1) Amati tanda dan gejala persalinan kala dua : Ibu mempunyai keinginan untuk meneran, Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau vaginanya, perenium menonjol, vulva dan sfingter anal membuka
- b. Siapkan Pertolongan Persalinan
- 2) Pastikan perlengkapan, bahan dan obat – obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set
 - 3) Kenakan baju penutup atau clemek plastik yang bersih.
 - 4) Lepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 - 5) Pakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - 6) Hisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkannya kembali dipartus set/ wadah DTT atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.
- c. Pastikan Pembukaan lengkap dan Keadaan Janin Baik
- 7) Bersihkan vulva dan perenium, menyeka dengan hati – hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perenium, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.

- 8) Dengan menggunakan tehnik antiseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan servik sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
 - 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - 10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa denyut jantung janin dalam batas normal (120-160 kali/menit)
- d. Siapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.
- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya, menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran, melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan dalam partograf, menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat mulai meneran.
 - 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
 - 13) Lakukan pimpinan saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16) Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17) Buka partus set.
- 18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

f. Menolong Kelahiran bayi

Lahirnya Kepala

- 19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 20) Periksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan kemudian meneruskan segera proses proses kelahiran bayi.
- 21) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

Lahirnya Bahu

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkuspubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior

Lahirnya Badan dan Tungkai

- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dan tangan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dan kaki. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.
- g. Penanganan Bayi Baru Lahir.
- 25) Lakukan penilaian sepiantas : Apakah menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?, apakah bayi bergerak dengan aktif ?
- 26) Letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering, biarkan bayi pada perut ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 bagian paha atas lateral ibu.
- 30) Setelah 2 menit paska persalinan jepit tali pusat \pm 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah distal dan jepit kembali tali pusat 2 cm dari klem pertama.

- 31) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat.
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara dua klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan Bayi Agar Ada Kontak Kulit Ibu ke Kulit Bayi Letakkan bayi tengkurap di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara ibu.
- 33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.
- h. Penatalaksanaan Aktif Kala III
- 34) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
- 35) Letakkan satu tangan diatas kain yang berada diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
- 36) Tunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorsokraniial) dengan hati – hati untuk mencegah terjadinya inversiuteri.

Mengeluarkan plasenta

- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut dan perlahan melahirkan selaput ketuban tsb.

Masase uterus.

- 39) Segera setelah lahir dan selaput ketuban lahir lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
 - i. Menilai perdarahan.
 - 40) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban utuh. Meletakkan plasenta di dalam tempatnya.
 - 41) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
 - j. Lakukan prosedur pasca persalinan
 - 42) Nilai ulang uterus dan memastikan kontraksi dengan baik.
 - 43) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit satu jam.
 - 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic profilaksis, dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri anterolateral.

- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral
- a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
 - b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- k. Evaluasi
- 46) Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.
- 47) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Periksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh normal.
- l. Memastikan kebersihan dan keamanan ibu
- 51) Tempatkan semua alat bekas pakai larutan clorin 0,5 % untuk dekontaminasi. Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Bersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Pastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum yang diinginkan ibu.
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan korin 0,5%.

- 56) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam sarung tangan dan direndam dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 57) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Lengkapi partograf.

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, 2008). 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.

Pelaksanaan implementasi nyeri melahirkan meliputi:

- a. Memonitor tanda-tanda vital
- b. Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri
- c. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d. Memonitor denyut jantung janin, his, vagina toucher, status portio, warna air ketuban
- e. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

- f. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- g. Memfasilitasi istirahat dan tidur
- h. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- i. Melakukan persalinan normal pada kala II dengan 58 langkah asuhan persalinan normal (APN, 2017).

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, 2008).

Tabel 3

Evaluasi Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1	Nyeri melahirkan berhubungan dengan pengeluaran janin	<p>S (Subjektif)</p> <p>Data yang didapat dari respon pasien secara verbal setelah tindakan diberikan</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri terkontrol</p> <p>O (Objektif)</p> <p>Data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan</p> <p>a. Pasien mampu mengontrol nyeri</p> <p>A (<i>Assesment</i>)</p> <p>Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik.</p> <p>a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.</p> <p>b. Tujuan belum tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.</p> <p>P (<i>Planning</i>)</p> <p>Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.</p>