

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Kehamilan Trimester III

a. Definisi

Ada tiga triwulan dalam kehamilan: triwulan pertama 0-12 minggu, triwulan kedua 13-28 minggu, dan triwulan ketiga 29-42 minggu. kehamilan berlangsung sekitar 280-300 hari hingga persalinan cukup bulan dengan perhitungan sebagai berikut:

- a. Usia kehamilan hingga 28 minggu dengan berat janin 1000 g saat diakhiri disebut keguguran.
- b. Prematuritas mengacu pada usia kehamilan 29 hingga 36 minggu pada awal persalinan.
- c. Usia kehamilan 37 hingga 42 minggu disebut sebagai cukup bulan (aterm).
- d. Usia kehamilan lebih dari 42 minggu disebut sebagai postdatisme (serotinus) atau kehamilan lanjut. (Trisnika, 2018).

b. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Pada kehamilan trimester III juga terjadi ketidaknyamanan seperti :

- a. Peningkatan frekuensi berkemih (nonpatologis) dan konstipasi

Berkemih lazim terjadi selama trimester ketiga kehamilan setelah terjadinya penerangan. Bagian yang menyertainya terdorong ke dalam panggul oleh petir, yang memberikan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga memicu keinginan untuk berkemih. Ritme berkemih bergeser dari diurnal ke nokturnal

sebagai akibat ekskresi edema dependen yang terakumulasi pada siang hari. Untuk mencegah gangguan tidur malam yang nyenyak, dianjurkan untuk mengurangi asupan cairan sebelum tidur dan memeriksa potensi penyebab fenomena ini. Konstipasi diyakini sebagai akibat dari penurunan gerakan peristaltik, yang disebabkan oleh otot polos usus besar yang mengendur saat kadar progesteron menurun. Berkurangnya motilitas saluran pencernaan dan tekanan pada usus disebabkan oleh pembesaran rahim atau bagian yang ada di dalamnya. Selain itu, konsekuensi dari konsumsi zat besi mungkin menjadi penyebabnya. Wasir dapat terjadi setelah konstipasi. (Dewi, 2021).

b. Edema dependen dan vatises

Kedua kondisi ini merupakan hasil dari sirkulasi vena yang tidak memadai dan peningkatan tekanan vena di ekstremitas bawah. Modifikasi ini merupakan hasil dari peningkatan tekanan uterus pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri, dan pada vena cava inferior saat ia berbaring (M. Amin & Novita, 2022).

c. Nyeri Ligamen

Tepat di bawah rahim, di sisi-sisinya, adalah tempat melekatnya ligamentum teres uteri. Dari segi anatomi, ligamen ini mungkin akan menjadi lebih panjang ketika rahim naik ke dalam perut. Peregangan dan tekanan dari berat rahim yang tumbuh dengan cepat pada ligamentum teres uteri diyakini menyebabkan rasa sakit. Wanita yang sedang hamil harus menanggung ketidaknyamanan ini. Nyeri punggung bawah, yaitu di daerah lumbosakral, sebagai akibat dari postur tubuh wanita hamil yang berubah dan pergeseran pusat gravitasi-yang menjadi lebih berat

seiring dengan pertumbuhan rahim. Efek dari postur tubuh yang lordosis, membungkuk berlebihan, berjalan dengan gelisah, dan mengangkat benda-benda berat, terutama saat lelah (Dewi, 2021).

d. Nyeri punggung

Nyeri punggung merupakan keluhan yang paling banyak terjadi pada ibu hamil selama trimester ketiga; diperkirakan 70% ibu hamil mengalami nyeri punggung. Nyeri punggung bawah sangat menonjol selama masa ini. Selama kehamilan, nyeri punggung meningkat antara minggu ke-24 dan ke-28, tepat sebelum periode pembesaran perut mencapai maksimum (D. R. Amin, 2023).

Ketidaknyamanan pada punggung yang berasal dari daerah lumbosakral disebut sebagai nyeri punggung bawah. Karena nyeri punggung bawah disebabkan oleh perubahan pusat gravitasi dan postur tubuh wanita, maka biasanya akan semakin memburuk seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Berat rahim yang lebih besar adalah penyebab modifikasi ini. Mengangkat beban, berjalan tanpa istirahat, dan membungkuk secara ekstrim juga dapat menyebabkan nyeri punggung. Ketika ibu hamil kelelahan, hal ini akan menjadi lebih buruk. Sangat penting untuk mengangkat beban dengan mekanika tubuh yang tepat untuk mencegah peregangan otot semacam ini (Fitriani, 2019).

Gangguan rasa nyaman disebabkan karena perut ibu yang membesar menyebabkan titik berat badan bergeser ke depan pada trimester ketiga kehamilan, yang menyebabkan tekanan pada saraf dan perubahan postur tubuh. Lordosis yang berlebihan akan melawan hal ini, dan pola pikir ini dapat menyebabkan spasmus. (Retnaningtyas, 2021).

2. Konsep Gangguan Rasa Nyaman

a. Definisi

Salah satu kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan rasa nyaman karena hal itu memungkinkan seseorang untuk merasa sejahtera atau nyaman pada tingkat sosial, mental, dan tubuh. Ketika orang merasa tidak nyaman, mereka bereaksi negatif terhadap rangsangan dan memiliki perasaan yang tidak menyenangkan (Ruminem, 2021).

b. Penemuan Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan rasa nyaman merupakan suatu kondisi di mana keinginan esensial manusia terpuaskan, khususnya tuntutan akan transendensi, kelegaan dari kebutuhan yang tidak terpenuhi, dan ketenangan (kepuasan yang dapat meningkatkan kinerja setiap hari).. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, menyangkut indera tubuh
- b. Sosial, menyangkut masalah hubungan, keluarga, dan masyarakat
- c. Psikospiritual: berkaitan dengan pengetahuan batin seseorang, meliputi seksualitas, harga diri, dan tujuan hidup
- d. Lingkungan, hal ini berkaitan dengan latar belakang indera yang dimiliki manusia terhadap dunia luar, termasuk cahaya, suara, warna, suhu, dan komponen ilmiah lainnya. Kebutuhan yang lebih besar akan kenyamanan dapat mengindikasikan bahwa perawat telah memberikan keberanian, harapan, liburan, dukungan, dorongan, dan bantuan kepada pasien. (Yusniar, 2018)

c. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman antara lain :

- a. Gejala penyakit
- b. Kurang pengendalian situasional / lingkungan
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, social dan pengetahuan)
- d. Kurangnya privasi
- e. Gangguan stimulus lingkungan
- f. Efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi)
- g. Gangguan adaptasi kehamilan

d. Gejala dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI DPP PPNI, 2016) Indonesia tanda dan gejala Gangguan Rasa Nyaman antara lain :

- a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh tidak nyaman

Objektif

- 1) Gelisah

- b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Tidak mampu rileks

- 3) Mengeluh kedinginan / kepanasan
- 4) Merasa gatal
- 5) Mengeluh mual
- 6) Mengeluh lelah

Objektif

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih / menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah
- 5) Iritabilitas

3. Konsep Nyeri Punggung Pada Kehamilan

Peran hormon esterogen adalah untuk mengatur tahap relaxin, yang mempengaruhi sistem muskuloskeletal. Alasan lain yang mungkin untuk ketidaknyamanan punggung adalah kadar relaxin yang tinggi pada awal kehamilan. Hal ini dapat membantu menjelaskan mengapa beberapa wanita hamil mengalami nyeri panggul dan punggung selama trimester pertama. Riwayat ketidaknyamanan punggung merupakan faktor tambahan. Nyeri punggung pada kehamilan berikutnya diprediksi oleh nyeri punggung sebelumnya selama kehamilan. (Trisnika, 2018).

Wanita harus memodifikasi postur berdirinya saat rahimnya tumbuh karena rahimnya menggeser pusat gravitasi ke depan. Kekuatan otot, peningkatan berat badan, karakteristik relaksasi sendi, kelelahan, dan postur tubuh sebelum kehamilan semuanya akan mempengaruhi postur tubuh seperti ini. Perubahan ini sering kali, tetapi tidak selalu, mengakibatkan kelengkungan kompensasi pada tulang belakang

dada (kifosis) dan kelengkungan pinggang (lordosis). Proses ini dimulai pada bulan keempat dan kesembilan kehamilan dan berlangsung selama dua belas minggu pertama setelah melahirkan (Trisnika, 2018).

Nyeri punggung mempengaruhi sekitar 88,2% wanita hamil pada saat kehamilan. Ketika topik ini ditanyakan antara minggu ke-14 dan 22 kehamilan, 62% wanita mengatakan bahwa mereka mengalami nyeri punggung. Hal ini menunjukkan bahwa fluktuasi hormon dan dampaknya terhadap jaringan lunak merupakan kontributor yang signifikan terhadap rasa sakit daripada pembesaran perut sebagai sumber ketidaknyamanan. Nyeri pada punggung bagian bawah juga sering terjadi, dan kadang-kadang dapat menjalar ke paha, panggul, dan kaki. (Dianti, 2023).

Jika tidak ditangani, hal ini dapat menyebabkan nyeri punggung kronis yang akan lebih sulit untuk diobati atau disembuhkan, serta ketidaknyamanan punggung jangka panjang yang meningkatkan risiko nyeri punggung pascapersalinan. Untuk pemeriksaan individual dalam situasi ini, ibu harus dikirim ke fisioterapis kesehatan wanita. Ia mungkin juga perlu menjalani rehabilitasi yang diperlukan untuk memperkuat otot-otot postur tubuhnya dan mendapatkan kembali stabilitas panggul (Dianti, 2023).

1. Pengkajian Nyeri

Metode penilaian nyeri terdiri dari PQRST (Provokatif, Kualitas, Wilayah, Keparahan, dan Waktu). Provokatif: sumber ketidaknyamanan; Kualitas: intensitas nyeri yang dialami, termasuk menusuk, akut, mendalam, ringan, dan membakar.

Wilayah/radiasi: lokasi ketidaknyamanan dan sejauh mana dirasakan. Keparahan: tingkat ketidaknyamanan yang ditentukan oleh skala nyeri dan Waktu: awal, durasi, dan interval nyeri

2. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri (juga disebut sebagai skala nyeri) adalah ukuran tingkat nyeri seseorang. Intensitas nyeri sangat subjektif dan bersifat individual, dan dua orang dapat mengalami ukuran nyeri yang sama dengan cara yang sangat berbeda. Intensitas nyeri yang dialami seseorang dapat diukur dengan menggunakan skala nyeri. Skala nyeri adalah:

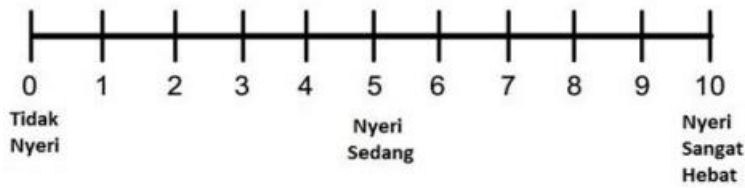
a. Visual Analog Scale (VAS)



Gambar 1 Visual Analog Scale (VAC)

Teknik untuk mengukur intensitas nyeri adalah visual analog scale, yang terdiri dari garis 10-15 cm dengan kata-kata “no pain” di sebelah kiri dan “bad pain” di sebelah kanan. VAS adalah skala intensitas nyeri kontinu dengan deskriptor vokal di kedua ujungnya yang direpresentasikan sebagai garis lurus. Pelanggan memiliki kendali penuh atas seberapa parah penderitaan mereka dengan skala ini. Karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada kontinum dan tidak dibatasi untuk memilih satu kata atau angka, VAS dapat menjadi cara yang lebih sensitif untuk mengukur intensitas nyeri. (Ruminem, 2021).

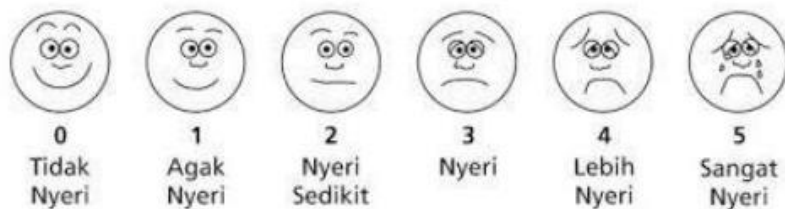
b. Numeral Rating Scale (NRS)



Gambar 2 Numeral Rating Scale (NRS)

Instrumen penilaian nyeri meminta pasien untuk menilai ketidaknyamanan mereka pada rentang angka 0 hingga 10. Angka nol menunjukkan “no pain”, sedangkan angka 10 menunjukkan “severe pain”. Numeral rating scale sebagian besar digunakan sebagai alat untuk deskripsi kata. Ketika mengevaluasi intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik, skala ini bekerja dengan baik. Skala 0-3 pada Numeral rating scale menunjukkan nyeri ringan, 4-6 pada skala nyeri sedang, dan 7-10 pada skala nyeri berat. (Ruminem, 2021).

c. Face Pain Score



Gambar 3 Face Pain Score

Berisi enam gambar skala wajah kartun yang diberi peringkat dari wajah yang ceria untuk "tidak ada rasa sakit" hingga wajah yang putus asa untuk "rasa sakit terparah". Untuk pasien anak, pemeriksa menentukan metode pengukuran skala nyeri yang sesuai. Setiap ekspresi wajah seperti mata terpejam, kerutan di hidung/bibir terangkat, bibir mengencang/pipi terangkat, dan alis turun

menunjukkan korelasi yang kuat dengan rasa sakit yang dialami. Dengan skala wajah ini, seorang anak dapat menggunakan gambar untuk mewakili penderitaan mereka sendiri, yang menyederhanakan proses penggambaran rasa sakit. Meskipun FPS pertama kali ditujukan untuk digunakan pada anak-anak, penelitian yang lebih baru telah menilainya untuk digunakan pada pasien dewasa juga, terutama mereka yang memiliki masalah bahasa, ketidakmampuan kognitif, atau penyakit nonverbal.

4. Konsep Terapi Relaksasi Teknik Nafas Dalam

a. Definisi

Pasien yang merasakan nyeri dapat meredakannya dengan melakukan relaksasi. Untuk menghentikan rangsangan nyeri, relaksasi yang sempurna dapat menurunkan kecemasan, kejenuhan, dan ketegangan otot. (Waluyo dan Suminar, 2020)

Menurut Kemenkes (2022), Teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah selain mengurangi intensitas nyeri. Dalam hal ini, perawat menginstruksikan klien tentang teknik yang tepat untuk bernapas dalam, bernapas lambat (menahan inspirasi secara maksimal), dan menghembuskan napas secara perlahan.

Praktik bernapas secara perlahan, berirama, dan nyaman ke dalam perut sambil memejamkan mata dikenal sebagai relaksasi napas dalam. Bagi pasien dengan nyeri kronis, relaksasi adalah cara yang efisien untuk mengurangi penderitaan mereka. Lingkaran nyeri-kecemasan-ketegangan otot diputuskan dengan latihan pernapasan dan teknik relaksasi, yang juga mengurangi ketegangan

otot, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, dan asupan oksigen. Relaksasi adalah metode yang sangat efektif untuk mengurangi rasa sakit, yang merupakan pengalaman emosional dan sensorik yang menyedihkan, dengan cara mengganggu siklus rasa sakit. Pemahaman ini mengarah pada kesimpulan bahwa relaksasi dapat membantu mengurangi nyeri.

Dengan berkonsentrasi pada pola pernapasan, teknik relaksasi napas dalam adalah teknik atau strategi yang dirancang untuk meningkatkan relaksasi mental dan fisik. Untuk mencapai tingkat relaksasi yang lebih dalam, teknik ini membutuhkan kesadaran penuh akan napas dan upaya sadar untuk mengaturnya. (Asyari, et al. 2024)

b. Tujuan Dan Manfaat Nafas Dalam

Menurut Kemenkes (2022) Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam adalah untuk mengurangi ketegangan fisik dan mental, termasuk kecemasan dan keparahan nyeri, serta untuk meningkatkan ventilasi alveolar, mempertahankan pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, dan memperlancar batuk. Teknik relaksasi pernapasan dalam dapat mengurangi aktivitas sistem saraf simpatik, yang pada gilirannya mengurangi rasa sakit. Secara bersamaan, itu menstimulasi komponen sistem saraf parasimpatis vegetatif. Metode ini dapat mengurangi persepsi ibu tentang rasa sakit dan mengatur seberapa kuat dia bereaksi terhadapnya.

c. Prosedur Teknik Nafas Dalam

a. Ciptakan lingkungan yang tenang

- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
- j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
- l. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

5. Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Trimester III Dengan Gangguan Rasa Nyaman

1. Pengkajian

Menurut (Samita, 2018), langkah pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian, yang merupakan pengumpulan informasi secara metodis untuk memastikan reaksi klien serta tingkat fungsional dan kondisi kesehatan mereka di masa lalu dan sekarang. Mengumpulkan informasi mendasar tentang kebutuhan

masalah kesehatan dan respons klien terhadap suatu masalah adalah tujuan dari pengkajian keperawatan.

a. Riwayat kehamilan secara menyeluruh menurut (Samita, 2018) sebagai berikut:

Kaji Riwayat klien meliputi :

a. Riwayat kehamilan

1). Identitas ibu dan suami

a) Nama, dikaji untuk mengidentifikasi identitas ibu dan suami.

b) Usia, dikaji bertujuan untuk mengenali risiko kehamilan, karena pada usia di bawah 16 tahun, organ reproduksi dan psikologis belum matang sepenuhnya, sementara pada usia diatas 35 tahun kesehatan ibu cenderung menurun dan dapat mengakibatkan komplikasi.

c) Agama, dilakukan pengkajian untuk mengetahui keyakinan yang dipeluk oleh pasien tersebut.

d) Suku bangsa, penting dilakukan untuk memahami latar belakang etnispasien.

e) Pendidikan, perlu dikalkukan pengakjian untuk menilai tingkat pengetahuan ibu hamil serta kemampuannya dalam memahami informasi.

f) Pekerjaan, dikaji untuk mengetahui aktivitas yang dilakukan oleh ibu hamil selama trimester III serta pendapatan keluarga.

g) Alamat, diperlukan untuk memahami lingkungan dimana pasien tinggal.

h) Nomor telepon, harus dikaji untuk memastikan kemudahan dalam menghubungi pasien.

i) Golongan darah, identifikasi golongan darah perlu dilakukan untuk mengetahui golongan darah pasien.

- 2) Alasan kunjungan, diperiksa untuk memahami alasan kedatangan ibu hamil kefasilitas kesehatan, yang umumnya meliputi kunjungan untuk perawatan antenatal dan keluhan nyeri punggung.
- 3) Keluhan utama, biasanya ibu hamil trimester III mengeluh nyeri dipunggung pada saat kunjungan *antenatal care*.
- 4) Riwayat Kesehatan ibu dan keluarga, perlu di kaji untuk menentukan apakah ada riwayat penyakit genetic dalam keluarga ibu, mengidentifikasi potensi masalah yang mungkin timbul selama kehamilan dan mengambil langkah-langkah pencegahan dan pengendalian yang sesuai.
- 5) Riwayat menstruasi
 - a) Menarche, pola siklus menstruasi, volume atau banyaknya, durasi dan keluhan yang mungkin dialami saat menstruasi seperti kram perut.
 - b) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir), harus dikaji agar perawat dapat menentukan tanggal perkiraan persalinan dan mengetahui umur kehamilan. Taksiran persalinan (TP), dikaji agar mengetahui perkiraan tanggal persalinan.
- 6) Riwayat pernikahan, dikaji agar mengetahui keadaan rumah tangga pasien.
- 7) Riwayat kehamilan

Riwayat persalinan dan nifas terdahulu harus di kaji, antara lain:

- a) Jumlah kehamilan.
- b) Usia kehamilan.
- c) Jenis persalinan.
- d) Penolong persalinan.
- e) Kondisi selama persalinan/penyulit.

- f) Keadaan post partum/nifas.
- g) Kondisi anak, kaji jenis kelamin, panjang badan dan berat lahir.
- 8) Riwayat kehamilan sekarang
 - a) Kaji kehamilan keberapa, persalinan keberapa dan pernah terjadi peluruhan pada rahim atau tidak, kaji menggunakan G,P,A yaitu *gravidarum, partus, abortus*.
 - b) Frekuensi *Antenatal care* : kaji melakukan *antenatal care* dimana dan berapa kali, tanyakan kepada ibu apakah sudah mengikuti program pencegahan penularan infeksi HIV, obat dan suplemen apa yang dikonsumsi, sudahkan melakukan *screening* imunisasi, pendidikan kesehatan apa yang didapat.
 - c) Trimester II : kaji gerakan janin pertama kali dirasakan, sehari berapa kali pergerakan janin, tanyakan keluhan yang dirasakan, tanyakan apakah ada mengonsumsi obat dan suplemen selama kehamilan, pendidikan kesehatan apa yang didapat.
 - d) Trimester III : kaji gerakan janin pertama kali dirasakan, sehari berapa kali pergerakan janin, tanyakan keluhan yang dirasakan, tanyakan apakah ada mengonsumsi obat dan suplemen selama kehamilan, pendidikan kesehatan apa yang didapat.
- 9) Pola kebutuhan dasar (biopsikososialspiritual) menurut teori Handerson dalam Potter & Perry (2006), yaitu:
 - a) Bernafas : kaji terjadinya kesulitan dalam menarik nafas.
 - b) Pola nutrisi (makan dan minum) : tanyakan kepada pasien berapa kali dalam sehari pola makan dan minum.
 - c) Pola eliminasi : kaji apakah terjadi inkontinensia, bantuan saat buang air kecil,

pola buang air besar, frekuensi, konsistensi dan kebiasaan penggunaan toilet.

- d) Gerak dan aktivitas : kaji kemampuan mobilisasi selama kehamilan dan sarankan untuk mengurangi aktivitas berat serta lebih rileks selama trimester III mengingat ibu hamil cenderung mudah lelah.
- e) Pola istirahat dan tidur : kaji durasi tidur, waktu tidur, gangguan tidur seperti ketidaknyamanan, penggunaan selimut, preferensi pencahayaan, sensitivitas terhadap suara dan posisi saat tidur.
- f) Berpakaian : kaji apakah pasien dapat mengenakan pakaian sendiri dan apakah pakaian yang dikenakan bersih dan rapi.
- g) Rasa nyaman : kaji tingkat kenyamanan selama kehamilan, identifikasi pengalaman nyeri pasien menggunakan metode PQRST dan strategi untuk mengurangi nyeri, kaji status emosional pasien seperti kecemasan dan depresi yang dapat mempengaruhi kenyamanan.
- h) Kebersihan diri : kaji apakah pasien mampu menjaga kebersihan dirinya sendiri atau memerlukan bantuan.
- i) Menghindari bahaya dari lingkungan : kaji kemampuan pasien dalam menghindari bahaya risiko cedera dan pencegahan terhadap cedera.
- j) Pola komunikasi/hubungan dengan orang lain : kaji cara berkomunikasi dan berinteraksi disekitarnya serta dengan siapa pasien sering berinteraksi dan sejauh mana ketergantungannya pada orang lain.
- k) Ibadah : kaji kepercayaan atau keyakinan agama yang dimiliki oleh pasien terhadap Tuhan.
- l) Produktivitas : kaji seberapa efektif pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-

hari, serta identifikasi kendala yang mungkin dihadapi.

m) Rekreasi : bagaimana lokasi dan jadwal waktu untuk berolahraga atau berlibur apakah bisa atau tidak melakukan rekreasi.

n) Kebutuhan belajar : kaji upaya pasien dalam memperoleh pengetahuan baru atau memuaskan rasa ingin tahu yang mendukung perkembangan yang normal, termasuk tentang kesehatan dan pemanfaatan fasilitas yang tersedia.

a. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pemeriksaan keadaan umum dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon terhadap lingkungan dan orang lain apakah baik, lemah atau buruk dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) yang terdiri dari respon membuka mata (E), respon berbicara (V), dan respon bergerak (M). Pada umumnya ibu hamil trimester III mengeluh nyeri pada punggung bawah.

2) Pemeriksaan kesadaran, dilakukan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, seperti kompos mentis, apatis, somnolen dan stupor.

3) Postur tubuh, bertujuan untuk mengidentifikasi apakah postur tubuh ibu dalam keadaan normal atau mengalami lordosis.

4) Pemeriksaan tanda-tanda vital

a) Tekanan darah harus berada dalam rentang antara 90/90mmHg hingga 140/90mmHg.

b) Nadi, normal berkisar antara 60-100x/menit.

c) Suhu, normal berkisar antara 36,5°C hingga 37,5°C.

d) Respirasi, normal berkisar antara 16-20x/menit.

5) pemeriksaan antropometri

- a) Observasi tinggi badan, khususnya pada ibu hamil dengan risiko rendah jika tinggi badanya kurang dari 145 cm.
- b) Observasi berat badan, yang meliputi peningkatan total berat badan selama kehamilan yang normalnya berkisar antara 9 kg hingga 12 kg.
- c) Ukur lingkar lengan atas, nilai normalnya diatas 23,5 cm. Jika kurang darinilai normal ini, dapat mengindikasikan kekurangan energi kronis (KEK).

6) *Head to toe*

a) Kepala dan leher

Lakukan pemeriksaan pada wajah ibu untuk melihat apakah kulitnya tampak pucat, keberadaan kloasma dan keberadaan edema. Periksa mata untuk mengevaluasi apakah sklera berwarna putih, serta kondisi konjungtiva apakah terlihat pucat. Pemeriksaan mulut dilakukan untuk menentukan apakah terdapat gigi yang berlubang dan untuk mengevaluasi kelembapan bibir. Selain itu, periksa leher untuk mengetahui apakah terjadi pembesaran pada kelenjar getah bening atau kelenjar tiroid, serta untuk memeriksa apakah terdapat pembesaran vena jugularis.

b) Dada dan aksila

Periksa dada untuk mengetahui apakah pasien kesulitan bernapas atau tidak, puting menonjol, payudara simetris, sekresi kolostrum dan hiperpigmentasi areola. Aksila diperiksa untuk mengetahui apakah ada pembengkakan pada kelenjar getah bening (*limfadenopati*).

c) Abdomen

Pemeriksaan mencakup palpasi perut dengan metode Leopold I, II, III, dan IV, Usia kehamilan dapat ditentukan berdasarkan minggu dengan mendengarkan denyut nadi janin dan mengukur tinggi fundus uteri menggunakan teknik Mc Donald. Hasilnya dapat dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT), rumus Mc Donald dalam Ningsih, (2020) sebagai berikut:

- 1) Usia kehamilan (hitungan bulan) = tinggi fundus uteri (dalam cm) x 2/7
- 2) Usia kehamilan (hitungan minggu) = tinggi fundus uteri (dalam cm) x 8/7 Pada trimester pertama ultrasonografi doppler sering dilakukan sekitar 10 minggu kehamilan untuk mendengar detak jantung janin, yang biasanya terdengar pada usia kehamilan sekitar 12 minggu. Detak jantung janin normalnya berkisar 120-160 denyut per menit. Selain itu dilakukan pemeriksaan terhadap linea nigra atau striae gravidarum, kondisi rahim normal atau abnormal dan kemampuan kandung kemih untuk buang air kecil.

d) Genetalia

Lakukan pemeriksaan pada area vulva untuk mendeteksi apakah terdapat peningkatan keputihan atau perubahan warna kebiruan pada mukosa vagina.

e) Extremitas

Manfaatkan palu refleks untuk mengevaluasi refleks patela dan mendeteksi adanya edema, varises, serta mengukur pengosongan kapiler (CRT).

b. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang diperhatikan meliputi PPIA, HbsAg, pemeriksaan sifilis non reaktif, kadar hemoglobin (Hb) pada trimester III

normalnya adalah 11gr% atau lebih, urin yang menunjukkan hasil negatif dan penurunan kadar protein.

I. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada ibu hamil trimester III adalah Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan (D.0074) yang dibuktikan dengan Keluhan tidak nyaman, Gelisah, Kebisingan , Keluhan sulit tidur , Mual , Lelah , Mutah

2. Intervensi

Table 3

Perencanaan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Gangguan Rasa Nyaman

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan adaptasi kehamilan dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman, gelisah, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks mengeluh kedinginan/kepanasan, mengeluh Lelah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postud tubuh berubah dan iritabilitas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x30 menit diharapkan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman meningkat dengan : Status Kenyamanan (L.08064) Kriteria Hasil : a. Keluhan tidak nyaman menurun (5) b. Gelisah menurun (5) c. Kebisingan menurun (5) d. Keluhan sulit tidur menurun (5) e. Mual menurun (5) f. Lelah menurun (5) g. Mutah menurun (5)</p>	<p>Terapi Relaksasi (I.09326) Definisi : Menggunakan Teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan. Tindakan: Observasi a. Identifikasi penurunan Tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi c. Gunakan pakaian longgar d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p>

1	2	3
		e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesic atau Tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi f. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) g. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih h. Anjurkan mengambil posisi nyaman i. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi j. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih k. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi

Sumber : (SDKI DPP PPNI, 2016), (SIKI DPP PPNI, 2018), (SLKI DPPPNI, 2018)

3. Implementasi

Menurut (Lorenza, 2023) pelaksanaan dari rencana tindakan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dikenal sebagai implementasi. Perawat dapat melaksanakan tugas-tugasnya sendiri atau berkoordinasi dengan anggota staf lainnya..

Tujuan implementasi adalah untuk mendukung pasien dalam mencapai tujuan mereka, yang mungkin termasuk mendorong penanganan pasien, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, atau peningkatan kesehatan. (Utami, 2023)

4. Evaluasi

Evaluasi adalah prosedur sistematis dan terencana yang membandingkan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditentukan secara berkelanjutan. Evaluasi ini

melibatkan pasien, keluarga, dan profesional kesehatan lainnya. Evaluasi dirancang untuk memastikan kemampuan pasien dalam mencapai tujuan tindakan yang dimodifikasi sesuai dengan kriteria hasil dari tahap perencanaan. (Lorenza, 2023).

Menurut (Lorenza, 2023) Penilaian asuhan keperawatan dicatat dengan menggunakan format SOAP (subjektif, objektif, assement, planning). Komponen SOAP meliputi data O (objektif) Data S (subjektif) adalah validasi perawat terhadap keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukannya tindakan keperawatan, dan A (assessment) adalah rencana keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, diubah, atau ditambahkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Data ini berdasarkan hasil pengukuran atau observasi langsung perawat terhadap pasien dan perasaannya setelah tindakan keperawatan, serta P (Planning) adalah interpretasi data subjektif dan objektif.