

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina atau jalan lahir ke dunia luar. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hidup cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriahadi & Utami, 2019).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Sarwono, 2019)

2.1.2 Proses Persalinan

Proses persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu: (Sarwono, 2019)

1. Kala I : Kala Pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

1) Fase laten

- a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- b. Pembukaan kurang dari 4 cm
- c. Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam.

2) Fase aktif

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat / 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b. Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10).
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- d. Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase, yaitu :

Berdasarkan kurva friedman:

- a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4cm.
- b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9cm.
- c) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi 10cm / lengkap.

2. Kala II : Kala pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- 1) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3menit sekali.

- 2) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan.
- 3) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- 4) Anus membuka : Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin.

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- 1) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam - 2 jam
- 2) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam - 1 jam

Pimpinan persalinan

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup; dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas.

3. Kala III : Pengeluaran Plasenta

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1 – 5 menit plasenta terlepas terdorong

ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw, seluruh proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira – kira 100-200cc. Tanda kala III terdiri dari 2 fase :

1) Fase pelepasan plasenta

Mekanisme pelepasan plasenta terdiri dari:

a. *Schultze*

Data ini sebanyak 80 % yang lepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak plasenta mula – mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

b. *Duncan*

Lepasnya plasenta mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%). Darah akan mengalir semua antara selaput ketuban.

c. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta

2) Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta yaitu:

a. *Kustner*

Meletakkan tangan dengan tekanan pada / diatas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas,

bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

b. *Klien*

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas.

c. *Strastman*

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

d. Rahim menonjol diatas symfisis

e. Tali pusat bertambah panjang

f. Rahim bundar dan keras

g. Keluar darah secara tiba-tiba

4. Kala IV : Kala pengawasan

Yaitu waktu setelah bayi lahir dan uri selama 1-2 jam dan waktu dimana untuk mengetahui keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum (Sarwono, 2019)

2.1.3 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan gerakan-gerakan janin pada proses persalinan yang meliputi langkah sebagai berikut: (Sagita et al., 2022).

1. *Engagement* : janin berada setinggi spina iskiadika ibu.
2. *Desent* : gerakan janin ke bawah.
3. *Fleksi* : gerakan kepala janin yang menduduki ke depan sehingga dagunya merapat pada dada.
4. *Rotasi interna* : gerakan rotasi kepala yang memudahkan pelintasan kepala melewati spina iskiadika atau setelah melewati Hogde III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul.
5. *Ekstensi* : gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis.
6. *Rotasi eksterna* : kepala janin melakukan gerakan rotasi dari posisi anteropos terior kembali ke posisi diagonal atau melintang.
7. *Ekspulsi* : kelahiran bagian tubuh janin lainnya.

2.2 Konsep Dasar Nyeri Persalinan

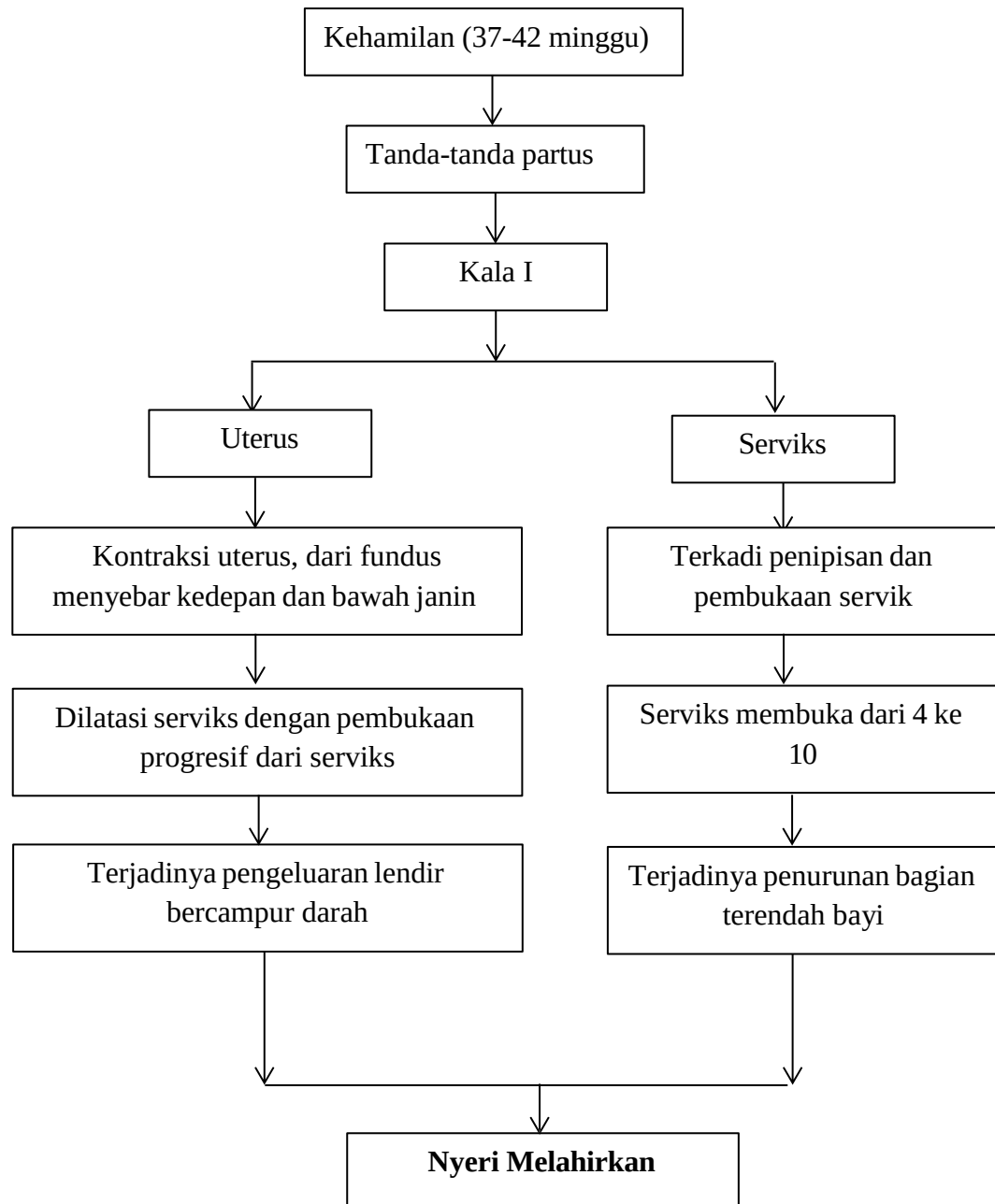
2.2.1 Pengertian

Nyeri merupakan sensasi subjektif atau rasa tidak nyaman yang sering berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Secara umum nyeri diartikan sebagai suatu keadaan kurang menyenangkan yang terjadi akibat rangsangan fisik ataupun dari serabut-serabut saraf dalam tubuh menuju ke otak, serta diikuti dengan reaksi fisik, fisiologis maupun emosional (Sagita et al., 2022).

Nyeri persalinan merupakan rasa sakit yang ditimbulkan saat persalinan yang berlangsung dimulai dari kala I sampai kala III

persalinan. Nyeri persalinan juga merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot (Sari, 2018).

2.2.2 Pathway



Sumber : Andarmoyo dan Suharti, 2018

2.2.3 Tahapan Nyeri Persalinan

1. Nyeri Persalinan Kala I

Nyeri persalinan kala I paling utama ditimbulkan oleh stimulus yang dihantarkan melalui saraf leher rahim dan rahim atau uterus bagian bawah. Nyeri ini disebut nyeri visceral yang didapat dari kontraksi uterus dan aneksa. Kekuatan kontraksi dan tekanan berhubungan dengan intensitas nyeri yang dirasakan, serta rasa nyeri akan bertambah dengan adanya kontraksi isometik pada uterus. Selama persalinan apabila serviks atau posisi janin yang tidak normal akan menimbulkan distorsi mekanik dan kontraksi yang kuat disertai nyeri hebat. Nyeri hebat disebabkan dari kontraksi kuat pada saat uterus mengalami kontraksi isometik untuk melawan obstruksi (Andarmoyo & Suharti, 2018).

2. Nyeri Persalinan Kala II

Selama proses persalinan kala II, serviks mengalami dilatasi penuh sehingga stimulasi nyeri berlangsung terus menerus karena kontraksi badan rahim dan distensi segmen bawah rahim. Tekanan dari janin pada struktur di pelvis menyebabkan nyeri somatik meningkat, regangan serta robekan jaringan pembungkus otot dan jaringan dibawah kulit jalan lahir bagian bawah, robekan perinium dan tekanan pada otot lurik perinium. Nyeri ini disalurkan lewat serabut saraf pudental yang keluar melalui S2, S3 dan S4 segmen

sacral. Pada nyeri persalinan kala II, nyeri somatik yang dirasakan lebih hebat dan lokasi nyeri lebih (Judha, 2018).

2.2.4 Manifestasi Nyeri Persalinan

Mekanisme nyeri persalinan menurut Maryunani (2016), sebagai berikut:

1. Mermbuka mulut rahim

Nyeri pada kala pembukaan disebabkan oleh membukanya mulut rahim misalnya peregangan otot polos merupakan rangsangan yang cukup menimbulkan nyeri. Terdapat hubungan erat antara pembukaan mulut rahim dengan intensitas nyeri (makin membuka makin nyeri), dan antara timbulnya rasa nyeri dengan timbulnya kontraksi rahim (rasa nyeri terasa $\pm$ 15-30 detik setelah mulainya kontraksi).

2. Kontraksi dan peregangan rahim

Rangsang nyeri disebabkan oleh tertekannya ujung saraf sewaktu rahim berkontraksi dan tergangnya rahim bagian bawah.

3. Peregangan jalan lahir bagian bawah

Peregangan jalan lahir oleh kepala janin pada akhir kala pembukaan dan selama kala pengeluaran menimbulkan rasa nyeri paling hebat dalam proses persalinan (Maryunani, 2016).

2.2.5 Faktor Penyebab Nyeri Persalinan

Beberapa faktor penyebab nyeri persalinan pada ibu bersalin antara lain yaitu: (Sari, 2018).

1. Kontraksi otot rahim

Kontraksi otot rahim akan menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks, serta iskemia rahim akibat kontraksi arteri miometrium, ibu hanya akan merasa nyeri pada saat kontraksi berlangsung dan tidak merasakan nyeri pada saat interval antar kontraksi.

2. Regangan otot dasar panggul

Nyeri yang dirasakan saat mendekati kala II disebabkan oleh regangan otot dasar panggul akibat penurunan bagian terbawah janin. Nyeri ini biasanya dirasakan di daerah vagina, rectum, perineum, dan sekitar anus.

3. Episiotomy

Nyeri dapat dirasakan apabila ada tindakan episiotomi, tindakan episiotomi dilakukan pada saat jalan lahir belum mengalami laserasi dan rupture.

4. Kondisi psikologi

Nyeri hebat yang dirasakan akan menimbulkan rasa cemas, takut dan tegang. Perasaan ini akan memicu peningkatan hormon prostaglandin yang menyebabkan stress. Stress akan dapat berpengaruh terhadap kemampuan tubuh untuk menahan rasa nyeri yang dirasakan (Sari, 2018).

2.2.6 Skala Nyeri Persalinan

Skala nyeri adalah alat yang digunakan untuk membantu mendiagnosa dan mengukur intensitas nyeri. Pengukuran skala nyeri dapat dilakukan dengan skala penilaian numerik *Numerical Rating Scales* (NRS), skala *Faces Pain Rating Scale* (FPRS), *Visual Analog Scale* (VAS), dan skala nyeri *Bourbanis* (Judha, 2018).

Pada penelitian ini skala nyeri yang digunakan yaitu skala *Numerical Rating Scales* (NRS) yaitu Skala yang berbentuk garis memdatar dengan angka 0 sampai 10. Angka 0 berarti tidak ada rasa nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang paling hebat. Panjang skala 10 cm dan disetiap pangjang 1 cm diberi tanda. Skala ini bisa digunakan bagi pasien yang mengalami nyeri hebat, setelah operasi dan skala ini juga dapat dipakai untuk melihat efektifitas setelah diberi intervensi pereda nyeri. Menurut Wong dalam Solehati & Kosasih, (2015), persepsi skala nyeri numeric rating scale sebagai berikut: (Judha, 2018).

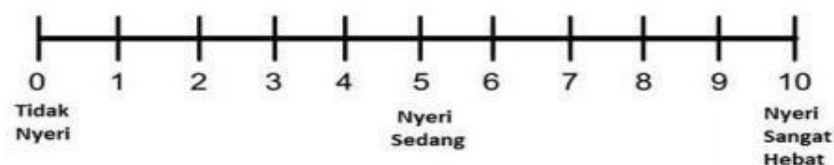
0= tidak ada nyeri

1-3= sedikit nyeri

3-7= nyeri sedang

7-9= nyeri berat

10= nyeri yang paling berat



Gambar 2.1 Skala Numerical Rating Scales (NRS).

2.2.7 Penanganan Nyeri Persalinan

Andarmoyo dan Suharti (2018) mengungkapkan bahwa penanganan nyeri persalinan dapat dilakukan dengan manajemen farmakologis dan manajemen nonfarmakologis, pemilihan terapi dalam memberikan intervensi pereda nyeri ini dapat dilihat dari sifat nyeri yang dirasakan serta sejauh mana rasa nyeri tersebut mengganggu kesejahteraan individu itu sendiri. Manajemen nyeri nonfarmakologis ini dapat diartikan sebagai tindakan mengurangi respon nyeri tanpa obat-obatan (Andarmoyo & Suharti, 2018)

1. Farmakologi

Penanganan nyeri persalinan non farmakologi dapat dilakukan menggunakan analgesic atau pereda nyeri yang dibagi menjadi dua, yaitu analgesiknon narkotik dan analgesik narkotik. Pemberian analgesik dapat menurunkan dan mengurangi rasa nyeri. Serta anastesi yang menghilangkan sensasi pada bagian tubuh baik persial ataupun menyeluruh. Analgesik dapat menimbulkan efek samping seperti hipoksemia janin, denyut jantung menurun, serta

meningkatnya suhu tubuh ibu sehingga akan menyebabkan perubahan kondisi pada janin (Andarmoyo & Suharti, 2018)

2. Non Farmakologi

Penanganan nyeri dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu dengan melakukan pendekatan modulasi psikologis nyeri seperti hipnoterapi, relaksasi, imajenasi, psikopropilaksis, umpan balik biologis dan distraksi. Sedangkan untuk pendekatan modulasi sensorik nyeri dengan massage, terapeutik, akupresure, akupuntur, musik, hidroterapi, transcutaneous electrical nerve stimulation (tens), homeopati, modifikasi lingkungan, pengaturan posisi dan postur serta ambulasi (Judha, 2018).

2.3 Konsep Dasar *Effleurage Massage*

2.3.1 Pengertian

Effleurage adalah salah satu metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri selama persalinan yang tercantum dalam rangkuman tindakan pengurangan nyeri selama persalinan, di mana ibu hamil dapat melakukan *effleurage* pada fase laten (pembukaan 0-3 cm) dan fase aktif (pembukaan 4-7 cm) (Mawer Putri & Juliarti, 2022)

Effleurage adalah pijatan ringan dengan jari tangan, biasanya pada perut, seiring dengan pernapasan saat kontraksi. Ini dilakukan oleh ibu bersalin sendiri atau oleh pendamping persalinan untuk mengalihkan

perhatian ibu dari nyeri yang terjadi selama kontraksi (Herinawati et al., 2019).

2.3.2 Manfaat

Manfaat dari effleurage massage yang diberikan kepada ibu hamil adalah sebagai berikut: (Anita, 2021)

1. Meningkatkan peredaran darah kulit, dan merangsang susunan sensorik kulit secara berirama.
2. Meningkatkan peredaran darah otot dan menghilangkan tegangan serabut-serabut otot.
3. Memperbaiki gangguan ikat-ikat (ligamentum).
4. Melancarkan peredaran darah dan limfe.
5. Merangsang susunan saraf secara berirama untuk mencapai efek seudatif (merangsang dan menekan).
6. Mengurangi ketegangan otot.
7. Meningkatkan rileksasi fisik dan psikologi.
8. Sentuhan yang nyaman membantu mempercepat persalinan dan menurunkan augmentasi kontraksi dengan menggunakan oksitosin sintetik, dan menggunakan rangsangan massage pada abdomen yang efektif dapat meningkatkan kekuatan dan atau frekuensi kontraksi.
9. Manfaat massage terhadap nyeri

Prosedur tindakan massage dengan teknik effleurage efektif dilakukan 10 menit untuk mengurangi nyeri. Stimulasi massage effleurage dapat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin

yang merupakan pereda sakit alami dan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sinap sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak di hambat. Selain itu teori gate control mengatakan bahwa massage effleurage mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A – beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut dan delta A berdiameter kecil (Anita, 2021)

Sejauh ini effleurage massage telah banyak digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan. effleurage massage dapat mengurangi nyeri selama 10-15 menit. effleurage massage membantu ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan, lebih bebas dari rasa sakit, seperti penelitian Fatmawati (2017), dengan judul efektifitas massage effleurage terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan pada ibu primipara, dalam penelitian ini di dapatkan hasil bahwa nyeri persalinan sebelum effleurage massage nyeri sedang sedangkan setelah effleurage massage menjadi nyeri ringan, hal ini berarti effleurage massage efektif terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin primipara (Mawer Putri & Juliarti, 2022)

2.3.3 Indikasi dan Kontraindikasi *Effleurage Massage*

Indikasi dan kontraindikasi dilakukan effleurage massage adalah sebagai berikut: (Anita, 2021)

1. Indikasi

Indikasi merupakan suatu keadaan atau kondisi tubuh dapat diberikan manipulasi massage, serta massage tersebut akan memberikan pengaruh yang positif terhadap tubuh. Indikasi dalam massage adalah:

- 1) Keadaan tubuh yang sangat lelah
- 2) Kelainan-kelainan tubuh yang diakibatkan pengaruh cuaca atau kerja yang kelewat batas (sehingga otot menjadi kaku dan rasa nyeri pada persendian serta gangguan pada pernapasan).
- 3) Bagian tubuh yang terasa nyeri dan membutuhkan adanya sentuhan massage.

2. Kontraindikasi

Kontraindikasi atau pantangan terhadap massage merupakan sebagai keadaan atau kondisi tidak tepat diberikan massage, karena justru akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi tubuh itu sendiri.

Kontraindikasi dalam massage adalah:

- 1) Pasien dalam keadaan menderita penyakit menular
- 2) Dalam keadaan menderita pengapuran pembuluh darah arteri.
- 3) Pasien sedang menderita penyakit kulit. Adanya luka-luka baru atau cedera akibat berolahraga atau kecelakaan.
- 4) Sedang menderita patah tulang, pada tempat bekas luka, bekas cedera, yang belum sembuh sempurna (Anita, 2021)

2.3.4 Teknik *Effleurage Massage*

Berikut ini adalah standar operasional prosedur (SOP) effleurage massage yang dapat diberikan kepada ibu bersalin yaitu: (Anita, 2021)

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien dengan cermat.
2. Persiapkan alat-alat yang dibutuhkan
3. Beri tahu klien tindakan yang akan dilakukan.
4. Cuci tangan.
5. Atur klien dalam posisi miring kiri.
6. Letakkan sebuah bantal kecil di bawah perut klien untuk menjaga posisi yang tepat.
7. Letakkan sedikit massage oil ke tangan. Usap kedua tangan sehingga rata pada permukaan tangan, (perhatikan kemungkinan klien alergi terhadap massage oil).
8. Melakukan massage dengan cara Buat gerakan seperti kupu-kupu dengan menggunakan telapak tangan dan gerakan melingkar kecil menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang atau thoracic vertebrae (T1 – T12). Gerakkan secara perlahan dan berikan penekanan arahkan penekanan ke bawah sehingga tidak mendorong klien ke depan.
9. Lakukan gerakan itu berulang 3 kali saat terjadi kontraksi selama 10 menit.
10. Bersihkan massage oil dengan handuk.
11. Beritahu bahwa tindakan telah selesai.

12. Bereskan alat-alat yang telah digunakan.

13. Cuci tangan

2.3.5 Cara Kerja *Effleurage Massage*

Dasar teori *massage* adalah teori *gate control* yang dikemukakan oleh (Melzack dan Wall, 1965). Teori ini menjelaskan tentang dua macam serabut syaraf berdiameter kecil dan serabut berdiameter besar yang mempunyai fungsi yang berbeda. Impuls rasa sakit yang dibawa oleh saraf yang berdiameter kecil menyebabkan *gate control spinal cord* membuka dan impuls diteruskan ke *korteks serebral* sehingga akan menimbulkan rasa sakit. Terapi impuls rasa sakit ini dapat diblok yaitu dengan memberikan rangsangan pada saraf yang berdiameter besar yang menyebabkan *gate control* akan tertutup dan rangsangan sakit tidak dapat diteruskan ke *korteks serebral*. Pada prinsipnya rangsangan berupa usapan pada saat yang berdiameter besar yang banyak pada kulit, harus dilakukan awal rasa sakit atau sebelum impuls rasa sakit yang dibawa oleh saraf yang berdiameter kecil mencapai *korteks serebral*. *Effleurage massage* yang mempunyai efek distraksi juga dapat meningkatkan pembentukan *endorphin sistem control* yang membuat ibu lebih nyaman karena membuat relaksasi otot (Bobak et al., 2016).

2.3.6 Pengaruh *Effleurage Massage* Terhadap Kala I

Untuk mengurangi nyeri kala I fase aktif, effleurage massage adalah metode nonfarmakologi yang memberikan pijatan pada tulang belakang untuk menstimulasi kulit. Ini digunakan selama persalinan untuk mengurangi nyeri (Herinawati et al., 2019)

Pemberian effleurage massage pada tulang punggung menstimulasi serabut taktil di kulit sehingga sinyal nyeri dapat dihambat. Stimulus dengan effleurage ini menghasilkan pesan yang dikirim lewat serabut A-beta, serabut yang menghantarkan nyeri cepat, yang mengakibatkan gerbang tertutup sehingga korteks serebri tidak menerima sinyal nyeri dan intensitas nyeri berubah atau berkurang. Secara fisiologis teknik massage effleurage dapat menurunkan tingkat nyeri, hal ini sesuai dengan teori gate control yang menyatakan rangsangan-rangsangan nyeri dapat diatur atau dihalangi oleh pintu mekanisme sepanjang sistem pusat neurons. Selanjutnya, rangsangan taktil dan perasaan positif berkembang ketika dilakukan bentuk sentuhan yang penuh perhatian dan empatik, dan memperkuat efek masase untuk mengendalikan nyeri (Anita, 2021)

Ibu yang berkonsentrasi dalam menikmati perlakuan effleurage massage membuat ibu menjadi relaks dan tenang sehingga oksitosin akan membuat kontraksi menjadi adekuat. Semakin adekuat kontraksi rahim, semakin cepat pembukaan dan penipisan serviks. Penurunan tingkat nyeri diakibatkan saat ibu telah diberikan effleurage massage, otak merespon melalui korteks serebri lalu dihantarkan ke hipotalamus, hipotalamus melepaskan Corticotrophin Releasing Factor (CRF) lalu

merangsang kelenjar pituitary untuk memberitahu medulla adrenal dalam meningkatkan produksi proopiomelanocortin (POMC) sehingga enkephalin meningkat. Kelenjar pituitary menghasilkan hormone endorphin sebagai neurotransmitter yang dapat mempengaruhi suasana hati menjadi rileks. Peningkatan endorphin dan enkephalin menyebabkan tubuh menjadi rileks dan rasa nyeri berkurang (Anita, 2021).

2.4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Masalah Nyeri Persalinan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Hutagalung, 2019). Asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan masalah nyeri persalinan, yaitu:

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Hutagalung, 2019). Beberapa hal yang perlu dikaji antara lain:

- 1) Identitas pasien, meliputi nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, alamat.

2) Data riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasanya dialami klien yaitu mengeluh sakit pinggang pada awal-awal kontraksi.

b. Riwayat penyakit sekarang

Usia kehamilan 37-42 minggu, klien mengeluh sakit perut dan keluar lendir bercampur darah pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat pembedahan kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa, dan dimana tindakan berlangsung.

Riwayat penyakit yang pernah dialami klien seperti DM, jantung, hipertensi, penyakit endokrin, dan penyakit lainnya.

Riwayat KB meliputi alat kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan, keluhan selama penggunaan, jumlah anak yang direncanakan.

Keadaan haid yang perlu diketahui pada keadaan haid adalah tentang menarche, siklus haid, dari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, lamanya haid, nyeri atau tidak, bau, dll.

Perkawinan yang perlu ditanyakan berapa kali kawin dan sudah berapa lama.

Riwayat kehamilan seperti berapa kali melakukan ANC (ante

natal care), selama kehamilan periksa dimana, berat badan selama kehamilan.

d. Riwayat penyakit keluarga.

Apakah ada riwayat penyakit dalam pada keluarga yang dapat memperburuk kondisi klien saat persalinan.

e. Riwayat kehamilan sekarang

Perlu dikaji meliputi: hari pertama haid terakhir (HPHT) digunakan untuk mengetahui umur kehamilan, hari perkiraan lahir (HPL) untuk mengetahui perkiraan lahir, keluhan-keluhan kehamilan selama trimester I, II, dan III, riwayat pemeriksaan ANC dilakukan secara teratur atau tidak selama kehamilan.

3) Pemeriksaan fisik

a. Tingkat kesadaran

Kesadaran untuk mengetahui tingkat kesadaran klien apakah komposmetis, apatis, somnolen, delirium, semi koma, dan koma.

b. Tanda vital

a) Tekanan darah untuk mengetahui faktor resiko pendarahan.

Batas normalnya 120/80 mmHg

b) Nadi untuk mengetahui nadi klien yang dihitung dalam menit.

Batas normal 69-100x/menit

c) Respirasi untuk mengetahui frekuensi pernafasan klien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normal 12-22x/menit.

d) Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek.

Pada persalinan normal keadaan umum klien baik.

- e) Suhu untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/infeksi dengan menggunakan skala derajat celsius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38⁰C.
- c. Pemeriksaan fisik *head to toe* pervagina
 - a) Payudara: payudara simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, areola mammae berwarna hitam merata, payudara terasa padat, papilla mammae menonjol, colostrum ada, tidak ada kelainan pada payudara.
 - b) Paru-paru: jalan nafas spontan, vocal freminus getarannya sama, tidak teraba massa, perkusi sonor, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan atau tidak (wheezing atau ronchi).
 - c) Jantung: kecepatan denyut apical regular, irama jantung normal. Umumnya tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri tekan.
 - d) Abdomen: kaji tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, linea nigra/alba, distensi kandung kemih dan bising usus.
 - e) Genetalia: pemeriksaan dalam seperti vagina toucher (TV), status portio, warna air ketuban.
 - f) Ekstermitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah adanya tanda-tanda edema, varises, dan lainnya.
 - g) VT (pemeriksaan dalam): untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan serviks berapa, penurunan

kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak.

- h) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan darah meliputi hemoglobin, faktor RH, jenis penentuan, waktu pembekuan, hitung darah lengkap, dan kadang-kadang pemeriksaan serologi untuk sifilis.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan 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 (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang diambil dalam masalah pasien pada persalinan adalah nyeri persalinan, nyeri akut, ansietas.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan atau intervensi adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Dalam tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 2.12
Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
----	----------------------	-------------	------------------------------

1. Nyeri persalinan b.d dilatasi serviks	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x6 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Pasien tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis/kesakitan 3) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri. Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri misal kompres hangat, massage, teknik nafas dalam Edukasi: 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Jelaskan strategi merendahkan nyeri.
2. Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x6 jam, maka diharapkan ansietas klien menurun, dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) Perilaku gelisah menurun 4) Perilaku tegang menurun	Manajemen Ansietas Observasi: 1. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik: 1. Ciptakan lingkungan terapeutik 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan Edukasi: 1. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 2. Latih kegiatan pengalihan 3. Latih teknik relaksasi (misal, tarik nafas dalam)

3. Resiko infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x6 jam, maka diharapkan resiko infeksi klien menurun, dengan kriteria hasil : 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun	Manajemen Resiko Infeksi Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan mencuci tangan secara benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
-------------------	--	---

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Potter & Perry, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Metode evaluasi keperawatan diantaranya: (Potter & Perry, 2017)

a. Evaluasi Fromatif

Merupakan evaluasi yang dapat dilaksanakan selama proses asuhan keperawatan dengan tujuan untuk menilai hasil dari implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penulisan pada evaluasi formatif ini biasanya menggunakan sistem SOAP yaitu S: Subjective yaitu keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Potter & Perry, 2017)

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi ini merupakan evaluasi akhir yang memiliki tujuan sebagai penilaian secara keseluruhan, sistem penulisan pada evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan naratif atau sering disebut dengan laporan ringkasan