

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan normal adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus melalui vagina dengan usia kehamilan cukup bulan yaitu dengan kehamilan 37–42 minggu. Terjadinya persalinan normal bukan berarti tidak ada permasalahan dalam persalinan, tetapi melainkan banyak kemungkinan hal yang bisa terjadi yang dapat mengancam kematian ibu dan janin. Masalah yang paling sering muncul pada ibu bersalin adalah nyeri persalinan, pada ibu yang menjalani proses persalinan akan takut, cemas, khawatir yang berakibatkan pada peningkatan nyeri selama proses persalinan dan dapat mengganggu jalan persalinan menjadi tidak lancar (Sodiqoh, 2014).

Nyeri persalinan merupakan kombinasi nyeri fisik akibat kontraksi miometrium disertai regangan segmen bawah rahim menyatu dengan kondisi psikologis ibu selama persalinan. Kecemasan, kelelahan dan kekhawatiran ibu seluruhnya menyatu sehingga dapat memperberat nyeri fisik yang sudah ada. Nyeri persalinan dialami terutama selama kontraksi (Indrayani,2016).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, lebih dari 80% dari semua kelahiran terjadi secara normal, dan sekitar 15-20% mengalami komplikasi kelahiran. Pada tahun 2015, jumlah ibu bersalin di Indonesia mencapai 5.007.191 kasus (Ana Amalia, Elyana Mafticha, 2014). Menurut Riskesdes 2018, jumlah ibu di Indonesia mencapai 79% dengan rumah sakit pemerintah

sebesar 15% dan rumah sakit swasta sebesar 18% (Kementerian Kesehatan, 2018).

Kehamilan dan proses persalinan merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada seseorang perempuan, namun ketika berbicara tentang proses kelahiran normal, tidak dipungkiri masih banyak wanita menganggap itu suatu hal yang menyakitkan yang dipenuhi ketegangan, ketakutan dan perasaan panik sehingga berdampak negatif memperberat rasa nyeri dan memperlambat proses persalinan. Rasa sakit dan nyeri pada saat persalinan pada dasarnya disebabkan karena kontraksi uterus kuat yang dapat mengakibatkan peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis. Nyeri yang hebat dan tidak teratasi pada persalinan dapat menyebabkan perubahan-perubahan fisiologis tubuh, seperti kenaikan tekanan darah, kenaikan denyut jantung, dan kenaikan laju pernafasan, dan apabila tidak segera diatasi, maka keadaan ini akan menyebabkan peningkatan konsumsi glukosa tubuh pada ibu bersalin yang menghambat kontraksi uterus menyebabkan persalinan menjadi lama (Hana Mustika, 2012).

Nyeri yang berlebihan pada ibu bersalin dapat menyebabkan keinginan untuk segera mengakhiri masa persalinan (Rokhamah, 2019). Apabila masalah nyeri tidak di atasi akan menimbulkan kecemasan, ketakutan serta stress pada ibu yang akan meningkatkan lagi intensitas nyeri yang dirasakan. Nyeri selama proses persalinan yang disertai dengan ketakutan akan memperlambat proses persalinan. Nyeri persalinan akan menimbulkan hiperventilasi, meningkatkan konsumsi oksigen, menimbulkan alkalosis respiratorik,

vasokonstriksi pembuluh darah dalam uterus dan asidosis pada fetus. Meningkatkan noradrenalin akan menurunkan darah ke plasenta dan menurunkan kontraksi uterus sehingga mengganggu keselamatan ibu dan fetus dan keberhasilan partus pervaginam (Heni Setyowati, 2018).

Salah satu upaya dasar yang dapat dilakukan dalam menurunkan AKI serta dengan meminimalisir nyeri persalinan yang dirasakan ibu. Nyeri persalinan dapat dikendalikan dengan 2 (dua) metode yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Metode farmakologis menggunakan obat-obatan dan kimiawi. Sedangkan metode nonfarmakologis dapat dilakukan dengan lebih simpel, murah, efektif, tanpa efek merugikan dan meningkatkan kepuasan selama persalinan (Biswan, 2017). Beberapa metode nonfarmakologis yaitu *counter pressure*, *hypnobirthing*, *endorphin massage*, *massage effleurage*, teknik relaksasi, kompres hangat, musik klasik mozart, terapi murottal, akupresur dan *aroma therapy* (Anita, 2017).

Teknik relaksasi bernapas merupakan teknik yang banyak memberikan masukan terbesar karena teknik relaksasi dalam persalinan dapat mencegah kesalahan yang berlebihan pasca persalinan. Adapun relaksasi bernapas selama proses persalinan dapat mempertahankan komponen sistem saraf simpatis dalam keadaan homeostatis sehingga tidak terjadi peningkatan suplai darah, mengurangi kecemasan dan ketakutan atau ibu dapat beradaptasi dengan nyeri selama proses persalinan (Prasetyo, 2010). Tujuan utama dalam membantu proses persalinan adalah mendorong kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi. Tatalaksana non farmakologis pada proses

persalinan dengan menggunakan teknik relaksasi, pernapasan yang teratur, dan berbagai tindakan nyaman dan posisi tubuh lainnya. Teknik tersebut dapat membantu mengendalikan nyeri dan stres pada sebagian besar persalinan. Teknik ini juga mendorong perkembangan persalinan dan membuat ibu bersalin secara pribadi merasa lebih mampu menghadapi pengalaman tersebut (Whalley, J., & Keppler, A. 2010). Didukung oleh penelitian Imelda Diana Marsilia (2021) Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Intensitas Nyeri pada Persalinan Kala I Fase Aktif di peroleh *signed rank p Value* $0,0000 < 0,05$ artinya ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Teknik relaksasi digunakan untuk membantu memberikan rasa nyaman pada ibu (Damayanti, I. P., Maita, L., Triana, A., & Afni, R. 2012). Secara fisiologis relaksasi menghasilkan penurunan tekanan darah, pernafasan dan detak jantung yang seharusnya muncul (Saleh, L. M. (2019).

Berdasarkan latar belakang dan fenomena yang dijelaskan diatas, penulis tertarik untuk mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Normal Dengan Masalah Nyeri Akut Melalui Penerapan Relaksasi Napas Dalam Di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni”.

1.2 Konsep Persalinan Normal

1.2.1 Definisi

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37–42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin (Eka Puspita, 2014).

Persalinan normal 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 (Sujiyatini, 2011).

1.2.2 Teori-Teori Penyebab Persalinan

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Hafifah, 2011).

a. Teori penurunan hormone

Teori ini mengatakan bahwa hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi sebagai penenang dalam miometrium selama kehamilan akan mengalami penurunan 1 hingga 2 minggu sebelum memasuki masa inpartu. Sedangkan hormon prostaglandin mengalami peningkatan pada minggu ke 15 sampai kehamilan aterm. Dengan demikian, kadar

estrogen dan progesteron menurun dalam siklus maternal, maka kontraksi uterus terjadi sebagai awitan persalinan.

b. Teori oxytocin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga *oxitocin* bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

d. Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi.

e. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama daribiasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

1.2.3 Tanda Dan Gejala Persalinan

Menurut (Hafifa, 2011) Apabila ibu hamil mengalami tanda-tanda seperti dibawah ini, mengindikasikan bahwa proses persalinan akan segera berlangsung. Ada dua macam tanda persalinan :

1. Tanda persalinan asli (true labor)

a) Kontraksi

- 1) Tejadi secara teratur, makin lama makin kuat/kencang, semakin lama, dan dalam waktu yang semakin berdekatan
- 2) Intensitas kontraksi meningkat bila sambil berjalan
- 3) Dirasakan dipunggung bagian bawah dan menyebar kebagian bawah abdomen.

b) Serviks

- 1) Memperlihatkan perubahan yang cepat (lunak, dilatasi yang ditandai dengan adanya perdarahan)
- 2) Perubahan keposisi anterior, sulit ditentukan tanpa pemeriksaan vagina.

c) Janin

- 1) Bagian presentasi biasanya sudah berada dirongga pelvis (sering disebut *lightening/dropping*). Keadaan ini meningkatkan

kemudahan bernafas, dan pada saat yang bersamaan kandung kemih akan tertekan akibat dorongan bagian presentasi janin kearah rongga pelvis).

2. Tanda persalinan palsu (false labor)

a) Kontraksi

- 1) Terjadi secara tidak teratur atau teratur tetapi hanya sebentar
- 2) Kontraksi berhenti jika berjalan atau jika berubah posisi
- 3) Dirasakan di daerah punggung atau abdomen diatas navel.

b) Serviks

- 1) Mungkin lunak tetapi tidak ada dilatasi atau tanda-tanda adanya perdarahan
- 2) Seringkali di posisi posterior, tidak dapat dipastikan tanpa pemeriksaan vagina

c) Janin

- 1) Bagian presentasi biasanya belum masuk rongga pelvis.

Tanda persalinan sudah dekat :

1. Terjadi *lightening*.

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan :

- a) Kontraksi *Braxton Hicks*
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah

2. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil

- a) Terasa ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang
- b) Dibagian bawah terasa sesak
- c) Terjadi kesulitan saat berjalan
- d) Sering miksi (beser kencing)

3. Terjadinya His permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton hicks ditemukan sebagai keluhan karena dirasakan sakit dan mengganggu terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua hamil, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi lebih sering sebagai his palsu. Sifat his permulaan (palsu) adalah rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktifitas.

Tanda Persalinan Lainnya:

1. Terjadinya his persalinan, his persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke bagian depan
- b) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar
- c) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
- d) Makin beraktifitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda), dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:
 - a) Pendataran dan pembukaan
 - b) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas
 - c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah
 - d) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

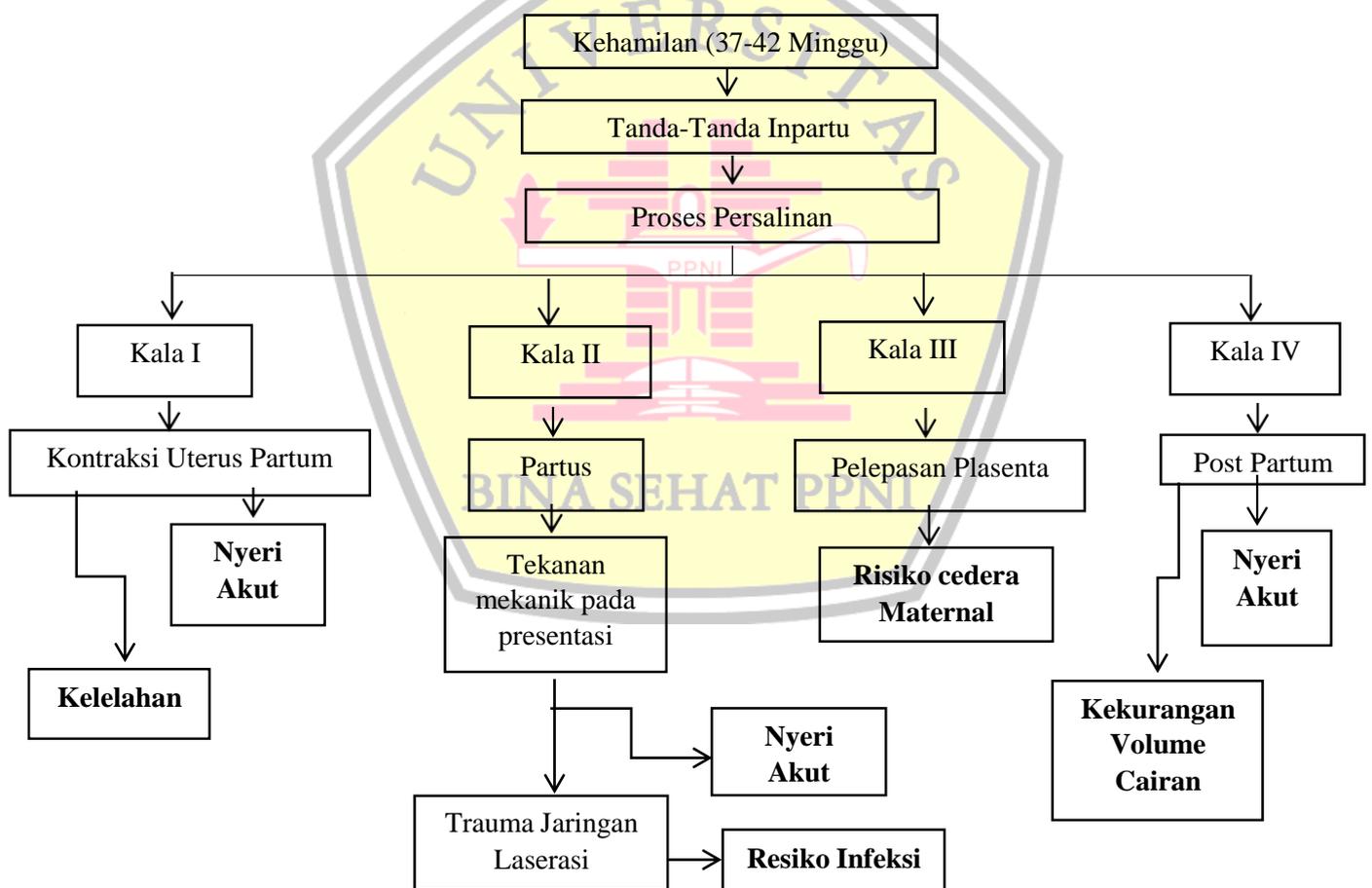
1.2.4 Fisiologi

Proses terjadinya persalinan karena adanya kontraksi uterus yang dapat menyebabkan nyeri. Ini dipengaruhi oleh adanya keregangan ototrahim, penurunan progesteron, peningkatan oxytoksin, peningkatan prostaglandin, dan tekanan kepala bayi. Dengan adanya kontraksi makaterjadi pemendekan SAR dan penipisan SBR, penipisan SBR menyebabkan pembukaan servik, penurunan kepala bayi yang terdiri dari beberapa tahap antara lain enggament, descent, fleksi, fleksi maksimal, rotasi internal, ekstensi, ekspulsi kepala janin, rotasi eksterna. Semakin menurunnya kepalabayi menimbulkan rasa mengejan sehingga terjadi ekspulsi. Ekspulsi dapat menyebabkan terjadinya robekan jalan lahir akibatnya akan terasa nyeri. Setelah bayi lahir kontraksi rahim akan berhenti 5-10 menit, kemudian akan

berkontraksi lagi. Kontraksi akan mengurangi area plasenta, rahim bertambah kecil, dinding menebal yang menyebabkan plasenta terlepas secara bertahap, dari berbagai implantasi plasenta antara lain mengeluarkan lochea, lochea dan robekan jalan lahir sebagai tempat invasi bakteri secara asending yang dapat menyebabkan terjadi risiko tinggi infeksi. Dengan pelepasan plasenta maka produksi estrogen dan progesteron akan mengalami penurunan, sehingga hormon prolaktin aktif dan produksi laktasidimulai.

1.2.5 Phatway

Phatway menurut Aisyah, (2018)



Gambar 1. 1 Phatway Persalinan Normal

1.2.6 Tahapan Persalinan

Tahap persalinan menurut Prawirohardjo (2012) antara lain:

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak awal kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm. Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase Laten

Pembukaan servik berlangsung lambat, sampai pembukaan berlangsung 2 jam, cepat menjadi 3 cm.

b. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 sub fase:

a) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

b) Periode dilatasi maksimal (steady) selama 2 jam, pembukaan berlangsung 2 jam, cepat menjadi 9 cm.

c) Periode deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm.

Akhir kala I servik mengalami dilatasi penuh, uterus servik dan vagina menjadi saluran yang continue, selaput amnio ruptur, kontraksi uterus kuat tiap 2-3 menit selama 50-60 detik untuk setiap kontraksi, kepala janin turun ke pelvis.

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Menurut Prawirohardjo (2012), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II yaitu :

- a) Ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya
- c) Perineum terlihat menonjol
- d) Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- e) Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek timbul rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan yang terpinpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1,5 - 2 jam, pada multi $\frac{1}{2}$ - 1 jam (Mochtar, 2012).

Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan jaringan misalnya pada perineum dan tekanan pada otot skelet perineum. Nyeri diakibatkan oleh rangsangan struktur somatiksuperfisial dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan terlokalisasi, terutama pada daerah yang disuplai oleh saraf pudendus (Mander, 2012).

3. Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit,

kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda- tanda sebagai berikut :

- a) Uterus menjadi berbentuk bundar
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi perdarahan Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon.

Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi (Sondakh, 2013).

4. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam atau kala/fase setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata- rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya

100-300 cc. jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Yang perlu diingatkan jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Yang perlu diobservasi sebagai berikut :

- 1) Kontraksi rahim : baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu dilakukan massase dan berikan uterotonika, seperti methergin, atau ermetrin dan oksitosin.
- 2) Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau biasa.
- 3) Kandung kemih : harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- 4) Luka – luka : jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- 5) Plasenta atau selaput ketuban harus lengkap.
- 6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- 7) Bayi dalam keadaan baik.

1.2.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Ilmiah, 2015), ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal terdiri dari :

1. Power (tenaga)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

a) His (kontraksi otot uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot – otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot–otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amneon kearah segmen bawah rahim dan serviks.

b) Kontraksi otot-otot dinding perut

c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

d) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum.

Kontraksi uterus/His yang normal karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna mempunyai sifat-sifat:

a) Kontraksi simetris

b) Fundus dominan

c) Relaksasi

d) Involuntir : terjadi di luar kehendak

e) Intermitten : terjadi secara berkala (berselang-seling).

f) Terasa sakit

g) Terkoordinasi

h) Kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis

Perubahan-perubahan akibat his:

a) Pada uterus dan servik, uterus teraba keras/padat karena kontraksi.

Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta

menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).

- b) Pada ibu Rasa nyeri, karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.
- c) Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis.

Dalam melakukan observasi pada ibu-ibu bersalin hal-hal yang harus diperhatikan dari his :

- 1) Frekuensi his, jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenitatau persepuluh menit.
- 2) Intensitas his, kekuatan his diukur dalam mmHg, intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.
- 3) Durasi atau lama his, lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.
- 4) Datangnya his, apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- 5) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampe 3 menit.
- 6) Aktivitas his frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo.

2. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

3. Psikis/Psikologis

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

Psikologis meliputi:

- 1) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif terhadap persalinan dipengaruhi oleh:

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman pada self-image
- 3) Medikasi persalinan
- 4) Nyeri persalinan dan kelahiran

4. Penolong Persalinan

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

1.3 Konsep Dasar Nyeri

1.3.1 Definisi Nyeri

Menurut International Association Study Of Pain (IASP), nyeri yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan aktual, potensial atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa, yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (NANDA, 2015).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Nyeri merupakan keadaan yang dapat mempengaruhi perasaan tidak nyaman bagi tubuh. Rasa tidak nyaman ini ditunjukkan dengan tanda dan gejala seperti ketika ada nyeri, pasien menunjukkan perilaku protektif dan tidak tenang, peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, peningkatan atau penurunan frekuensi pernapasan, diaphoresis, wajah

menyeringai, dan perilaku distraksi, seperti menangis dan merintih (Alimul, 2019).

1.3.2 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi nyeri berdasarkan etiologi (Alimul, 2019) :

a. Nyeri Psikogenik

Nyeri psikogenik adalah nyeri yang dirasakan secara fisik yang timbulnya, derajat beratnya dan lama berlangsungnya akibat faktor psikologis.

b. Nyeri Neurologis

Nyeri neurologis adalah bentuk nyeri yang tajam karena adanya spasme di sepanjang atau di beberapa jalur saraf.

c. Nyeri Inflamasi

Nyeri inflamasi adalah nyeri yang terasa pada bagian tubuh yang lain, umumnya terjadi akibat kerusakan pada cedera organ visceral.

d. Nyeri Phantom

Nyeri phantom adalah nyeri yang disebabkan karena salah satu ekstremitas diamputasi.

2. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi menurut (Nanda, 2013) :

a. Nyeri Akut

Karakteristik nyeri akut yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri akut berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri

akut jika tidak ditangani akan mempengaruhi proses penyembuhan, masa perawatan dan penyembuhan akan lebih lama (Nanda, 2013).

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri dari ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri kronis umumnya bersifat menetap, lama dan berlangsung lebih dari 6 bulan (Nanda, 2013).

3. Klasifikasi nyeri berdasarkan tempatnya (Asmadi, 2018) :

a. *Pheriperal pain*

Pheriperal pain adalah nyeri yang tersaa pada permukaan tubuh. Mislanya pada kulit atau mukosa.

b. *Deep pain*

Deep pain adalah nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

c. *Refered pain*

Refered pain adalah nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

d. *Central pain*

Central pain adalah nyeri yang teerjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lain-lainnya.

4. Klasifikasi nyeri berdasarkan sifatnya (Asmadi, 2018)

a. Incidental pain

Incidental pain adalah nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.

b. Steady pain

Steady pain adalah nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

1.3.3 Mekanisme Nyeri

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh, seperti periosteum, permukaan tubuh, otot rangka dan pulpa gigi. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf aferen A delta dan C. Reseptor-reseptor ini diaktifkan oleh adanya rangsang-rangsang dengan intensitas tinggi, misalnya berupa rangsang termal, mekanik, elektrik atau rangsang kimiawi (Mangku dan Tjokorda, 2020). Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimulus nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-fisiologi, yang disebut sebagai nosisepsi (*nociception*). Nosisepsi merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin.

Ada empat proses jelas yang terjadi (Mubarak, 2015) yaitu:

1. Transduksi (*Transduction*)

Merupakan proses dimana suatu rangsangan nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi aktivitas listrik yang akan diterima oleh ujung-ujung syaraf sensoris (*nerve ending*). Rangsangan ini dapat berupa

rangsang fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri). Nosisseptor reseptor nyeri secara selektif berespon terhadap stimulasi nyeri yang mengubah energi pada sisi stimulus ke impuls neural, reseptor nyeri dan transduksi. Nosisseptor afferen primer adalah cabang terminal A dan C dengan badan sel terletak di ganglia radika dorsal. Kerusakan jaringan akan memulai perubahan alur nyeri sentral dan perifer. Pada jaringan perifer, nyeri akan mengakibatkan substansi-substansi pada akhiran saraf perifer dan sumber-sumber ekstraneuron (neurokinin, prostaglandin, serotonin, histamin) memacu nosisseptor yang mengakibatkan terjadinya transduksi dan peningkatan konduksi dari impuls nosisseptif ke sistem saraf pusat (SSP).

2. Transmisi (*transmission*)

Transmisi merupakan proses perambatan rangsang nyeri melalui serabut saraf sensorik menyusul proses transduksi. Saat signal transduksi terjadi, impuls ditransmisikan melalui serabut saraf A delta dan serabut saraf C sebagai neuron pertama dari perifer ke medula spinalis.

3. Persepsi (*perception*)

Persepsi adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

4. Modulasi (*modulation*)

Proses dimana terjadinya interaksi antara sistem analgesik endogen dengan input nyeri yang masuk ke kornu reseptor medulla spinalis. Jadi merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak seseorang. Analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin dan non adrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior ini dapat diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang dapat tertutup dan terbuka dalam menyalurkan nyeri.

Proses tertutup dan terbukanya pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen. Proses modulasi ini dipengaruhi juga oleh kepribadian, motivasi dan pendidikan, status emosional dan kultur dari seseorang. Proses modulasi inilah yang menyebabkan persepsi nyeri menjadi sangat subyektif bagi setiap orang dan sangat ditentukan oleh makna atau arti suatu nyeri (Mangku dan Tjokorda, 2020)

1.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Andarmoyo, 2014), ada beberapa faktor yang mempengaruhi respon nyeri seseorang yaitu:

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri. Tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

c. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatian pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Konsep ini merupakan salah satu yang perawat terapkan sebagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing dan *massage*. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat dapat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer.

d. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri, individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sifat kebudayaan. Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiate endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

e. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya, seorang wanita yang sedang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

f. Ansietas

Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian didalam suatu lingkungan berteknologi tinggi, misalnya unit perawatan intensif maka rasa cemas tersebut dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius nyeri yang tidak kunjung hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat. Nyeri lebih berkurang setelah individu

mengalami suatu periode tidur yang lelap di banding pada akhir hari yang melelahkan.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang berulang-ulang tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri. Perawat harus melakukan upaya untuk mempersiapkan klien dengan menerangkan secara jelas tentang jenis nyeri yang akan dialami dan metode yang mengurangi nyeri tersebut.

i. Gaya koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, sebagian atau keseluruhan. Klien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien selama mengalami nyeri. Sumber-sumber seperti berkomunikasi dengan keluarga pendukung, melakukan latihan atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhankeperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau

perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orang tua sangat penting terutama bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri.

1.3.5 Teori Nyeri

Ada sejumlah teori yang digunakan untuk menjelaskan mekanisme neurologik yang mendasari sensasi nyeri antara lain:

1. Teori spesifitas

Dalam teori spesifitas oleh Descartes menyatakan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak dan bahwa hubungan antara stimulus dan respon nyeri bersifat langsung dan invariable.

Teori spesifitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu. Walaupun teori ini jelas merupakan penyederhanaan berlebihan berdasarkan pengetahuan yang sekarang ada, namun dua prinsipnya masih benar, yaitu reseptor somatosensorik adalah reseptor yang mengalami spesialisasi untuk berespon secara optimal terhadap satu atau lebih tipe stimulus tertentu, dan tujuan perjalanan neuron aferen primer dan jalur ascendens merupakan faktor kritis dalam membedakan sifat stimulus di perifer. Teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor

nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2014).

2. Teori Pola atau Penjumlahan

Teori pola atau penjumlahan pertama kali diperkenalkan oleh Goldscheire. Goldscheire mengajukan pendapat bahwa penjumlahan 30 input sensorik kulit di sel-sel tanduk dorsal menimbulkan pola khusus impuls saraf yang memicu nyeri. Nyeri dihasilkan oleh stimulasi intens dari reseptor-reseptor non spesifik, dan bahwa penjumlahan impuls-impuls itulah yang dirasakan sebagai nyeri. Teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari implus saraf (Andarmoyo, 2014).

3. Teori Kontrol Gerbang

Teori pengendalian gerbang untuk menjelaskan mengapa penggosokan atau pemijatan suatu bagian yang nyeri setelah suatu cedera dapat menghilangkan nyeri, karena aktivitas di serat-serat besar dirangsang oleh tindakan ini, sehingga gerbang untuk aktivitas serat berdiameter kecil (nyeri) tertutup. Teori ini diciptakan oleh Melzack dan Wall untuk mengkompensasi kekurangan pada teori spesifitas dan teori pola. Teori kontrol gerbang nyeri berusaha menjelaskan substansi gelatinosa (SG) pada medulla spinalis bekerja layaknya pintu gerbang yang memungkinkan untuk menghalangi masuknya impuls nyeri menuju otak. Pada mekanisme nyeri stimulus nyeri ditransmisikan melalui saraf

berdiameter kecil melewati gerbang. Akan tetapi, serabut saraf berdiameter besar yang juga melewati gerbang tersebut dapat menghambat transmisi impuls nyeri dengan menutup gerbang itu. Impuls yang berkonduksi pada serabut berdiameter besar bukan sekedar menutup gerbang itu, tetapi dapat merambat langsung ke korteks agar dapat diidentifikasi dengan cepat (Andarmoyo, 2014).

Kemajuan dalam pemahaman mekanisme nyeri adalah ditemukannya reseptor opiat di membrane sinaps, opiat dan opioid menghambat nyeri. Adanya reseptor nyeri opiate ini mendorong diadakannya riset opioid endogen, zat yang bersifat mirip morfin dan berkaitan dengan reseptor opiat. Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi secara alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphin (Andarmoyo, 2014).

Terdapat tiga golongan utama peptide opioid endogen yang masing-masing berasal dari prekursor yang berlainan dan memiliki distribusi anatomik yang sedikit berbeda, yaitu golongan enkefalin, beta endorphin, dan dinorfin. Semua opiat endogen ini bekerja dengan mengikat reseptor opiat, dengan efek analgesik serupa yang ditimbulkan oleh obat opiate eksogen. Dengan demikian, reseptoropiat dan opiat endogen membentuk suatu “sistem penekan nyeri” intrinsic (Andarmoyo, 2014).

1.3.6 Respon Tubuh Terhadap Nyeri

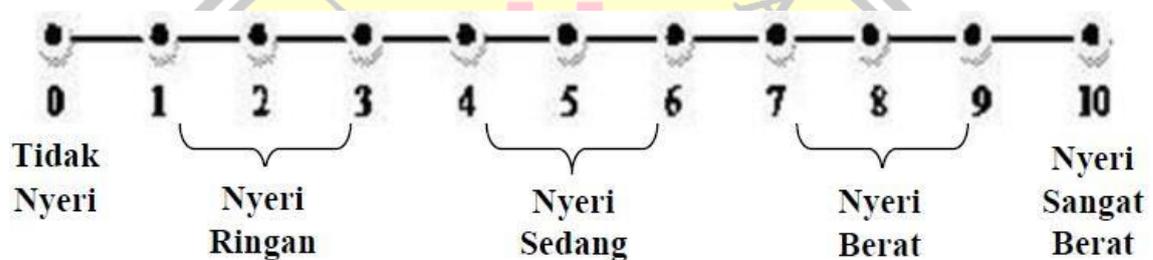
Setelah terjadinya nosiseptif rangsangan neurogenik akan berdampak pada hipotalamus yang kemudian akan membuat perubahan pada respons neuroendokrin. rangsangan nosiseptif tersebut akan meningkatkan sekresi hormon katabolik yaitu katekolamin, kortisol, angiotensin II, ADH, ACTH, GH, dan glukagon. Sebaliknya, nyeri akan menurunkan sekresi hormon anabolik seperti insulin dan testosteron. Pasien yang mengalami nyeri akan mengalami keseimbangan nitrogen negatif, intoleransi karbohidrat yang diakibatkan dari resistensi insulin dan proses glukoneogenesis, dan peningkatan lipolisis. Akan terjadi peningkatan kortisol, renin, angiotensin, aldosteron, dan ADH yang akan berdampak pada terjadinya retensi natrium, retensi air, dan ekspansi atau pembengkakan sekunder pada ruang ekstraseluler. Katekolamin dapat merangsang reseptor nyeri sehingga intensitas nyeri bertambah (Donny Pratama, 2017).

1.3.7 Pengukuran Nyeri

Penatalaksanaan nyeri memerlukan penilaian dan usaha yang cermat untuk memahami pengalaman nyeri pasien dan mengidentifikasi kausa sehingga kausa tersebut dapat dihilangkan. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Intensitas nyeri dapat dinilai secara sederhana dengan meminta pasien menjelaskan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, berdenyut, terbakar). Penilaian

ini dapat didekati dengan menggunakan alat bantu yang lebih formal (Andarmoyo, 2014).

Cara ukur intensitas nyeri, salah satunya yaitu Numerical Rating Scale (NRS). Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari sebuah garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomer 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada suatu waktu.



Gambar 1. 2 Numerical Rating Scale (NRS)

Kriteria nyeri adalah sebagai berikut :

Skala 0 : Tidak ada rasa nyeri yang dialami

Skala 1-3 : Merupakan nyeri ringan dimana secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri yang hanya sedikit dirasakan.

Skala 4-6 : Merupakan nyeri sedang dimana secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien dapat mendeskripsikan rasa nyeri, dan dapat

mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan alih posisi.

Skala 7-9 : Merupakan nyeri berat dimana klien sudah tidak dapat mengikuti perintah, namun masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.

Skala 10 : Merupakan nyeri sangat berat, klien sudah tidak dapat berkomunikasi, klien akan menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsinya tentang intensitas keparahan nyeri.

Skala numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2014).

1.3.8 Penatalaksanaan Nyeri

1. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi, menurut (Berman, 2019) :

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun.

Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan. Nonopiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen.

Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka. Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang, sebagai contoh, dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Anti depresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat juga menggunakan strategi nyeri lainnya.

2. Penatalaksanaan nyeri non farmakologi

Walaupun obat-obat analgesik sangat mudah diberikan, namun banyak pasien dan dokter kurang puas dengan pemberian jangka panjang untuk nyeri yang tidak terkait dengan keganasan. Hal ini mendorong dikembangkannya berbagai metode non farmakologi untuk mengatasi nyeri. Beberapa terapi dan teknik medis alternatif serta komplementer bersifat umum menggunakan proses alami (pernafasan, pikiran dan konsentrasi, sentuhan ringan, pergerakan dll).

Penatalaksanaan nyeri non farmakologi yaitu:

a) Stimulasi dan *massage*

Massage adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. *Massage* tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. *Massage* dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot (Smelzer dan Bare, 2010).

b) Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Baik terapi es maupun terapi panas harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit (Smelzer dan Bare, 2010).

c) *Trancutaneous electric nerve stimulation*

Trancutaneous electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis (Smelzer dan Bare, 2010).

d) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulus nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smelzer dan Bare, 2010).

e) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyerikronis dan yang meningkatkan nyeri (Smelzer dan Bare, 2010).

f) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan (Smelzer dan Bare, 2010).

g) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu (Smelzer dan Bare, 2010).

1.4 Konsep Dasar Relaksasi Napas Dalam

1.4.1 Definsi Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi merupakan suatu teknik yang dapat digunakan semua orang untuk menciptakan mekanisme batin dalam diri seseorang dalam mengendalikan stres dan emosi yang dimilikinya, mempermudah seseorang mengontrol diri, menyelamatkan jiwa dan membersihkan kesehatan dan kecantikan tubuh (Gemilang, 2013). Teknik relaksasi adalah salah satu bentuk terapi berupa pemberian instruksi kepada seseorang untuk menutup mata dan berkonsentrasi pada pernapasan sehingga akan tercipta keadaan yang nyaman dan tenang, serta memberikan instruksi berupa gerakan gerakan mulai dari kepala sampai kaki yang tersusun secara sistematis untuk melatih otot menjadi rileks. Otot yang dilatih antara lain otot lengan, tangan, bahu, leher, wajah, perut, dan kaki. Mengendurnya otot-otot tubuh yang tegang menjadi rileks (santai) akan tercipta suasana perasaan yang tenang dan nyaman sehingga dapat menurunkan kecemasan dan nyeri (Beck, 1995).

Relaksasi Napas Dalam adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Teknik

relaksasi napas dalam merupakan suatu teknik untuk melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen dalam darah (Suwardianto, 2011).

1.4.2 Tujuan Relaksasi Napas Dalam

Menurut (Nasuha, Widodo & Widiani, 2016). Tujuan relaksasi napas dalam adalah untuk :

1. Meningkatkan ventilasi alveoli
2. Memelihara pertukaran gas
3. Mencegah atelektasi paru
4. Merelaksasikan tegangan otot
5. Meningkatkan efisiensi batuk
6. Mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional
7. Menurunkan cemas dan nyeri

1.4.3 Manfaat Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam dapat memberikan berbagai manfaat. Menurut Potter & Perry (2010), menjelaskan efek relaksasi napas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai. Keuntungan teknik relaksasi napas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara

mandiri oleh pasien tanpa suatu media serta merilekskan otot-otot yang tegang. Sedangkan kerugian relaksasi napas dalam antara lain tidak dapat dilakukan pada pasien yang menderita penyakit jantung dan pernapasan (Smeltzer & Bare, 2010).

1.4.4 Mekanisme Kerja Relaksasi Napas Dalam

Slow deep breathing secara teratur akan meningkatkan sensitivitas baroreseptor dan mengeluarkan neurotransmitter endorfin sehingga mengstimulasi respons saraf otonom yang berpengaruh dalam menghambat pusat simpatis (meningkatkan aktivitas tubuh) dan merangsang aktivitas parasimpatis (menurunkan aktivitas tubuh atau relaksasi). Apabila kondisi ini terjadi secara teratur akan mengaktifkan *Cardiovascular Control Center* (CCC) yang akan menyebabkan penurunan *heart rate*, stroke volume, sehingga menurunkan *cardiac output*, proses ini memberikan efek menurunkan tekanan darah (Jones, 2004). Proses fisiologi terapi napas dalam (*deep breathing*) akan merespon meningkatkan aktivitas baroreseptor dan dapat mengurangi aktivitas keluarnya saraf simpatis dan terjadinya penurunan kontraktilitas, kekuatan pada setiap denyutan berkurang, sehingga volume sekuncup berkurang, terjadi penurunan curah jantung.

1.4.5 SOP Relaksasi Napas Dalam

SOP menggunakan Pedoman Standar Operasional Prosedur Keperawatan PPNI (2021).

Tabel 1.1 Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
Definisi	Menggunakan teknik napas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan
Diagnosis Keperawatan	Nyeri akut
Luaran Keperawatan	Tingkat nyeri menurun Tingkat kenyamanan meningkat
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih, <i>jika perlu</i> b. Kursi dengan sandaran, <i>jika perlu</i> c. Bantal 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan, <i>jika perlu</i> 6. Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman 7. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i> 8. Berikan posisi yang nyaman 9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 10. Latih melakukan teknik napas dalam : <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan c. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan d. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik e. Kemudian diulangi selama 15 menit atau saat kontraksi 11. Monitor respon pasien selama dilakukan prosedur 12. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 13. Lepaskan sarung tangan 14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 15. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

1.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian langkah yang diambil secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah klien, menyusun strategi untuk menyelesaikannya, melaksanakan strategi tersebut atau mendelegasikannya kepada orang lain, dan secara akurat menilai sejauh mana masalah tersebut berhasil diselesaikan (Doengoes, 2014). Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.1 Pengkajian

1. Identitas dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medik, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab. Usia ibu dalam kategori usia subur (15-49 tahun). Bila didapatkan terlalu muda kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) merupakan kelompok resiko tinggi. Pendidikan dan pekerjaan klien (Mansyur & Dahlan, 2014).

2. Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan. Pada umumnya, klien akan mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, teratur, keluarnya lendir dan darah, perasaan selalu ingin buang air kecil, bila buang air kecil hanyasedikit-sedikit (Rohani, 2011)

b) Riwayat kesehatan sekarang

Dalam pengkajian ditemukan ibu hamil dengan usia kehamilan antara 38-42 minggu disertai tanda-tanda menjelang persalinan yaitu nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, his makin sering, teratur, kuat, adanya show (pengeluaran darah campur lendir), kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST:

P = Paliatif / propokatif

Secara khusus, apa pun yang memperparah dan meringankan keluhan. Pada persalinan normal, klien biasanya mengeluh nyeri karena kontraksi dan semakin memberat saat bergerak atau berjalan.

Q = Quality/quantity

Khususnya dengan berkonsentrasi pada bagaimana tampilan dan rasanya. Klien biasanya mengeluh nyeri dirasakan seperti ingin BAB, ditekan dan ditusuk-tusuk.

R = Region/radiasi

Itu menunjukkan lokasi dan penyebaran rasa sakit. Klien biasanya mengeluhkan nyeri pada saat kontraksi, klien biasanya mengeluh nyeri diseluruh bagian perut dan pinggang.

S = Severity, scale

Itu menunjukkan dampak klien dan tingkat keparahan gangguan, yang diukur dengan skala nyeri 0 sampai 10.

T = Timing

Itu menunjukkan waktu dan frekuensi munculnya keluhan-keluhan ini.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, dll.

d) Riwayat

Penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adakah riwayat penyakit menurun atau menular, adakah riwayat keturunan kembar atau tidak.

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

1. Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi, meliputi tentang menarche, berapa lama haid, siklus menstruasi, masalah haid yang biasanya dialami selama siklus menstruasi dan HPHT.

b) Riwayat perkawinan, meliputi tentang usia ibu dan ayah sewaktu menikah, lama perkawinan, perkawinan ke berapa dan jumlah anak yang sudah dimiliki.

c) Riwayat kontrasepsi, meliputi apakah melaksanakan keluarga berencana, jenis kontrasepsi yang dipakai, lama penggunaannya, masalah yang terjadi, rencana kontrasepsi yang akan digunakan serta alasan mengapa memilih kontrasepsi.

2. Riwayat obstetric

- a) Riwayat kehamilan, mencakup riwayat kehamilan yang dahulu dan riwayat kehamilan sekarang yang menguraikan tentang pemeriksaan kehamilan, riwayat imunisasi, riwayat pemakaian obat selama kehamilan serta keluhan selama kehamilan.
- b) Riwayat persalinan, meliputi tentang riwayat persalinan dahulu yang berisi tanggal lahir anak, usia, jenis kelamin, BB lahir, umur kehamilan, jenis persalinan tempat terjadinya persalinan dan komplikasi yang terjadi selama persalinan.
- c) Riwayat persalinan sekarang meliputi tanggal persalinan, tipe persalinan, lama persalinan, jumlah perdarahan, jenis kelamin serta APGAR *score*.
- d) Riwayat nifas, menjelaskan tentang riwayat nifas dahulu, riwayat nifas sekarang.

4. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Umum
Untuk mengetahui keadaan umum baik, sedang, jelek. Pada kasus persalinan normal keadaan umum pasien baik
- b) Kesadaran
Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien composmentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan persalinan normal kesadarannya composmentis
- c) Tanda vital

- 1) Tekanan darah : Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg
- 2) Nadi : Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit batas normalnya 69-100x/ menit
- 3) Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normalnya 12- 22x/ menit
- 4) Suhu : Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/ infeksi dengan menggunakan skala derajat celcius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38°C, suhu tubuh pada ibu bersalin dengan persalinan normal $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

5. Pemeriksaan fisik B1-B6

1) Breath B1

- a) Inspeksi : Respirasi rate normal (20x/ menit), tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areolamammae dan papilla mammae.
- b) Palpasi :Pergerakan dinding dada sama
- c) Auskultasi : Suara nafas regular, tidak ada suara tambahan seperti wheezing dan ronchi
- d) Perkusi : Suara perkusi sonor

2) Blood B2

- a) Inspeksi : Anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum)
 - b) Palpasi : Pulsasi kuat, tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 2 detik, akral hangat, takikardi (jika terjadi syok)
 - c) Auskultasi : Pada auskultasi didapatkan suara jantung normal (S1 dan S2 normal), S1 ; Lup dan S2 ; Dup.
- 3) Brain B3
- a) Inspeksi : Kesadaran : Composmentis, GCS : (eyes : 4, verbal : 5, motorik : 6), tidak ada kejang
 - b) Palpasi : Tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky
- 4) Bladder B4
- a) Inspeksi : Disuria, perineum menonjol, vagina dan vulva berwarna kemerahan dan agak kebiru-biruan (livide), cairan ketuban keluar pervaginam berwarna putih keruh mirip air kelapa atau sudah berwarna kehijauan.
 - b) Palpasi : Kandung kemih biasanya kosong, pada VT terdapat pembukaan lengkap
- 5) Bowel B5
- a) Inspeksi : Mulut bersih, mukosa lembab, keadaan anus terbuka, ada striae dan linea
 - b) Palpasi : Distensi abdomen, TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus, nyeri perut karena kontraksi uterus.

Pada pemeriksaan Leopold :

- a. Leopold I : TFU : Teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin)
- b. Leopold II : Umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri
- c. Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala)
- d. Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP

Pada tahapan persalinan :

- a. Kala 1 : Umumnya HIS ; 3-4x dalam 10 menit lama kekuatan 30 detik dengan frekuensi kuat, Pemeriksaan

Leopold : Leopold 1 TFU : Umumnya teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokongjanin).

Leopold II: Pada umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri,.

Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala), Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP, umumnya cairan ketuban merembes, pemeriksaan VT pembukaan lengkap

- b. Kala 2 : Perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- c. Kala 3 : Keluar nya plasenta disertai dengan keluarnya darah pada vulva, umumnya darah yang keluar tidak lebih dari 50- 100 cc
- d. Kala 4 : Normalnya keadaan ibu baik, tidak ada penurunan kesadaran, TTV dalam keadaan normal, serta terjadinya perdarahan (keluarnya darah nifas) yang tidak lebih dari 400-500 cc
- c) Auskultasi : DJJ < 120x/ menit atau > 160x/ menit
- 6) Bone B6
 - a) Inspeksi : Kemampuan pergerakan sendi bebas, warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, kebersihan kulit bersih
 - b) Palpasi : Akral hangat, tidak terdapat fraktur, turgor kulit elastis, kulit pasien lembab, kekuatan otot kiri 5/5 kanan 5/5

6. VT (pemeriksaan dalam)

Untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan servik berapa, penurunan kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah meliputi haemoglobin, faktor Rh, jenis penentuan, waktu pembekuan, hitung darah lengkap, dan kadang-kadang pemeriksaan serologi untuk sifilis.

8. Analisa data

Langkah awal dari perumusan keperawatan adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan lainnya, sehingga tergambar fakta (Sulistyowati, 2012).

1.5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/ proses kehidupan atau kerentanan terhadap respon tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Nanda, 2013). Melalui diagnosis keperawatan tersebut, seorang perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Nanda, 2013).

1. Nyeri Akut berhubungan dengan intensitas kontraksi
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyebab dan akibat persalinan
3. Ansietas berhubungan dengan ketidak tahuan tentang situasi persalinan, nyeri pada persalinan

1.5.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan ini merupakan fase ketiga dari proses keperawatan, yang di dalamnya merupakan proses sistematis untuk pengambilan

keputusan (*decision making*) dan usaha untuk mengatasi masalah (*problem solving*). Produk dari fase perencanaan ini adalah rencana perawatan pasien atau rencana asuhan keperawatan (Kozier, 2018).

Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan pasien jangka panjang (Potter & Perry, 2010).

Setelah diagnosis keperawatan diidentifikasi dan diprioritaskan, tahap selanjutnya adalah mengidentifikasi outcome dan intervensi keperawatan dan diakhiri dengan dokumentasi rencana keperawatan (Kozier, 2018).

Tabel 1. 2 Intervensi keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI D.0077)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria Hasil : Tingkat Nyeri (SLKI L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas (5) 2. Keluhan nyeri (5) 3. Meringis (5) 4. Gelisah (5) 5. Kesulitan tidur (5) 6. Perasaan depresi 	<p>Manajemen Nyeri (SIKI I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi

<p><i>Subjektif :</i> 1. Mengeluh nyeri</p> <p><i>Objektif :</i> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p><i>Subjektif :</i> (Tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif :</i> 1. Tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis</p>	<p>(tertekan) (5)</p> <p>7. Perasaan takut mengalami cedera berulang (5)</p> <p>8. Anoreksia (5)</p> <p>9. Perineum terasa tertekan (5)</p> <p>10. Uterus terasa membulat (5)</p> <p>11. Ketegangan otot (5)</p> <p>12. Muntah Mual (5)</p> <p>13. Frekuensi nadi (5)</p> <p>14. Pola napas (5)</p> <p>15. Tekanan darah (5)</p> <p>16. Fokus (5)</p>	<p>komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, Teknik relaksi napas dalam, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	---	---

1.5.4 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 (Purnomo, 2016).

Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan

penyakit dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

1.5.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Purnomo, 2016).

1.6 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Normal Dengan Masalah Nyeri Akut Melalui Penerapan Relaksasi Napas Dalam Di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni?

1.7 Tujuan

1.7.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Persalinan Normal Dengan Masalah Nyeri Akut Melalui Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni.

1.7.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan dengan masalah nyeri pada Ibu persalinan normal di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni.
2. Menegakan diagnosa keperawatan nyeri pada Ibu persalinan normal di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni.
3. Menyusun intervensi keperawatan dengan masalah nyeri pada Ibu persalinan normal di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni.

4. Melakukan implementasi keperawatan dengan masalah nyeri pada Ibu persalinan normal di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni.
5. Melakukan evaluasi dengan masalah nyeri pada Ibu persalinan normal di Ruang Bersalin RSUD RA Basoeni.

1.8 Manfaat

1.8.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan ilmu keperawatan, khususnya dalam asuhan keperawatan dengan masalah nyeri pada ibu persalinan normal dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam di RSUD RA Basoeni.

1.8.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi rumah sakit

Meningkatkan kinerja perawat dalam mengatasi masalah keperawatan nyeri pada ibu dengan persalinan normal baik dalam hal pengobatan, pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

- b. Bagi institusi pendidikan

Menghasilkan lulusan perawat yang profesional untuk siap menghadapi masalah-masalah keperawatan, khususnya masalah nyeri persalinan normal.

c. Bagi pasien

Dapat menambah ilmu pengetahuan pasien dalam menurunkan serta mengatasi masalah nyeri.

d. Bagi perawat

Tugas akhir ini akan memberikan masukan bagi profesi keperawatan lebih lanjut dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan dapat dijadikan wacana dalam proses pembelajaran sehingga pada akhirnya mahasiswa sebagai calon tenaga kesehatan mampu disiplin terutama dalam hal pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun masyarakat.

