

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis**

##### **1. Pengertian**

###### **a. Definisi Persalinan**

Partus atau persalinan menurut Mochtar (2013) adalah proses mengeluarkan hasil konsepsi (janin dan plasenta) dari dalam uterus (rahim) melalui vagina menuju ke dunia luar. Sejalan dengan Mochtar, Prawirohardjo (2002) dikutip dalam Rejeki (2020) mendefinisikan persalinan sebagai proses keluarnya bayi dan plasenta dari rahim ibu dengan masa gestasi (kandungan) berusia 38 sampai dengan 42 minggu. Persalinan dikatakan normal apabila janin yang dikeluarkan dapat hidup (*viable*), cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, serta tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi.

###### **b. Jenis Persalinan**

Kusumawardani (2019), menjelaskan jenis persalinan yang dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

- 1) Persalinan yang spontan, yaitu suatu proses persalinan secara langsung dengan menggunakan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan, yaitu proses persalinan yang menggunakan bantuan atau pertolongan dari luar, contohnya operasi SC atau *section caesaerea*.
- 3) Persalinan anjuran, yaitu persalinan yang terjadi ketika bayi dinilai mampu bertahan hidup diluar rahim namun muncul kesulitan dalam bersalin,

sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan menggunakan pitocin atau prostaglandin.

c. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahapan, antarlain Wiknjastro (2008):

- 1) Kala 1 atau kala pembukaan. Pada tahap ini terjadi pembukaan serviks dan kontraksi teratur minimal 40 detik selama 2x dalam 10 menit. Kala 1 adalah kala pembukaan 0-10 cm. Pada kala 1 terdapat dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten adalah proses pembukaan jalan lahir mulai 0 cm sampai 3 cm selama kurang lebih 8 jam, sedangkan fase aktif adalah proses pembukaan jalan lahir mulai dari 3 cm sampai pembukaan lengkap (10 cm) selama kurang lebih 7 jam. Kontraksi akan lebih sering dan kuat selama fase aktif. Pada tahap ini, kontraksi terjadi bersamaan dengan keluarnya darah, lendir, serta pecah ketuban spontan. Cairan ketuban yang keluar sebelum pembukaan 5 cm kerap dikatakan sebagai ketuban pecah dini.
- 2) Kala 2 atau pengeluaran bayi. Pada fase ini janin keluar dari dalam kandungan dan membutuhkan waktu sekitar dua jam pada primipara dan 1 jam pada multipara.
- 3) Kala 3 atau pelepasan plasenta. Setelah kala 2 yang berlangsung kurang dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 10 menit. Pada tahap ini biasanya kontraksi bertambah kuat, namun frekuensi dan aktivitas rahim menurun. kala 3 berakhir dengan dilahirkannya plasenta.

- 4) Kala 4 atau tahap observasi. Tahap ini dimulai selama 1-2 jam usai persalinan plasenta. dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan.

#### d. Definisi Nyeri Persalinan

Secara umum, definisi nyeri adalah pengalaman subjektif yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi, serta variabel psikologis lainnya yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi individu untuk menghentikan rasa nyeri tersebut (Koltzenburg, et al. 2013). Rasa nyeri pada persalinan merupakan manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) dari otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada daerah perut, pinggang, dan menjalar hingga ke arah paha. Kontraksi tersebut mengakibatkan pembukaan serviks, yang mendorong terjadinya persalinan (Sri Rejeki, 2020). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), definisi nyeri persalinan ialah pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi, dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan, yang berhubungan dengan persalinan (DPP PPNI, 2018).

#### e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Persalinan

Menurut SDKI, nyeri persalinan disebabkan oleh dilatasi serviks dan pengeluaran janin. Dilatasi serviks adalah pembukaan atau pelebaran leher rahim untuk mempersiapkan jalan lahir janin (DPP PPNI, 2018). Rasa nyeri yang dialami setiap individu akan berbeda karena dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain: budaya, rasa takut dan rasa cemas, pengalaman bersalin sebelumnya, serta

persiapan dan dukungan persalinan (Potter & Perry, 2010). Menurut Andarmoyo et al. (2013), faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan adalah faktor fisiologis dan faktor psikologis. Contoh faktor fisiologis yang dapat menimbulkan nyeri adalah kontraksi. Kontraksi akan membuat otot-otot rahim memanjang dan memendek. Contoh faktor psikologis yang dapat menimbulkan nyeri adalah rasa cemas dan ketakutan yang berlebihan. Setiap individu akan mempunyai versi yang berbeda tentang melahirkan dan rasa nyeri persalinan. Hal ini disebabkan karena ambang batas rangsangan nyeri setiap orang bersifat subjektif.

#### f. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan waktunya dibagi menjadi 2, yaitu:

- 1) Nyeri akut, adalah nyeri yang berlangsung kurang dari 6 bulan dengan tingkat keparahan yang bervariasi (sedang sampai berat)
- 2) Nyeri kronis, adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari enam bulan, dimana umumnya timbul intermiten, tidak teratur atau dalam beberapa kasus persisten (Tamsuri, 2007).

#### g. Skala Nyeri

Terdapat beberapa cara untuk mengkaji intensitas nyeri yang biasanya digunakan antara lain:

- 1) *Visual Analog Scale* (VAS)

*Visual Analog Scale* adalah sebuah instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur skala nyeri, dengan bentuk garis mendatar yang memiliki panjang 10 cm, dengan atau tanpa garis pada setiap sentimeter. Tanda pada kedua garis dapat berupa angka atau pernyataan

yang deskriptif. Biasanya, ujung bagian kiri mewakili ‘tidak nyeri’, sedangkan ujung kanan menandakan ‘nyeri sangat hebat’. Pasien dapat membuat titik antara dua ujung tersebut dan diukur menggunakan penggaris, dengan angka 0 diletakan di ujung bagian kiri bersinggungan dengan titik ‘tidak nyeri’. (Mardana & Aryasa, 2017; Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).



Gambar 1. Skala Nyeri VAS (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

## 2) *Numeric Rating Scale (NRS)*

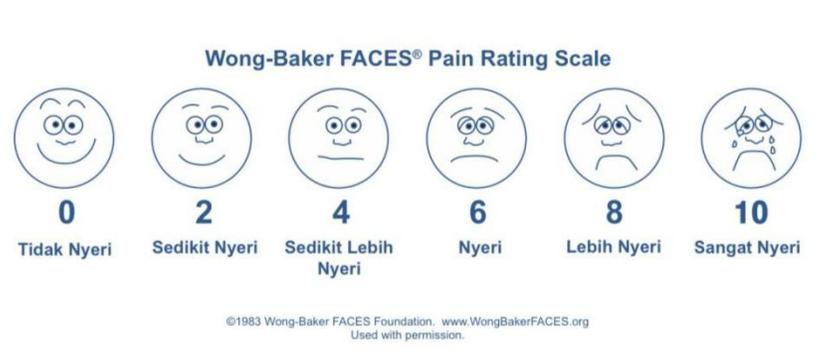
*Numeric Rating Scale* adalah skala yang berbentuk garis mendatar dengan angka 0 sampai 10. Skala NRS dianggap lebih baik daripada VAS karena sensitif pada dosis dan lebih mudah dimengerti. Angka 0 berarti tidak ada rasa nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang paling hebat. Panjang skala NRS adalah 10 cm dan setiap panjang 1 cm diberi tanda. Skala ini bisa digunakan bagi pasien post-operasi yang mengalami nyeri hebat. Selain itu, skala ini juga dapat dipakai untuk melihat efektifitas setelah diberi intervensi pereda nyeri (Mardana & Aryasa, 2017; Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).



Gambar 2. Skala Nyeri NRS (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

### 3) Skala Faces Pain Rating Scale (FPRS)

Skala ini menggunakan kartun wajah dan terdapat enam kategori nyeri yang ditandai dengan angka 0 sampai 5. Skala ini biasanya digunakan sebagai pengukur nyeri pada anak-anak atau orang *eliterate*/tidak bisa membaca dan tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Mardana & Aryasa, 2017; Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015).



Gambar 3. Skala Nyeri FPRS (Wong & Baker, 1983)

## 2. Etiologi

Alam (2020) menyebutkan beberapa penyebab nyeri persalinan, antara lain:

- a. Kontraksi otot rahim, yang menyebabkan dilatasi serviks serta iskemia rahim.

Hal tersebut membuat ibu merasakan nyeri selama kontraksi, namun tidak nyeri saat interval/jeda antar kontraksi.

- b. Regangan otot dasar panggul, yang disebabkan oleh penurunan bagian terbawah janin. Nyeri biasanya akan terasa di vagina, perineum, rektum, dan sekitar anus.
- c. Episiotomi, yaitu tindakan bedah pada vagina menuju perineum untuk memperlebar jalan lahir bayi.
- d. Kondisi psikologi, dimana ibu akan mengalami ketegangan, kecemasan, dan ketakutan; sehingga memicu peningkatan hormon prostaglandin. Hormon prostaglandin adalah hormon penyebab stress. Stress berpengaruh terhadap kemampuan tubuh untuk menahan nyeri, sehingga nyeri yang dirasakan akan semakin kuat.

Selain itu, Sri Rejeki (2020) menambahkan beberapa poin yang dapat menyebabkan nyeri persalinan, diantaranya: penekanan pada ujung-ujung saraf korpus fundus uterus yang meningkatkan terjadinya proses peradangan; serta kemungkinan robekan jaringan selama kontraksi akibat dilatasi serviks.

### **3. Manifestasi Klinik**

Tanda permulaan persalinan dapat dikenali beberapa hari/beberapa minggu sebelumnya, yang disebut dengan kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*). Kala pendahuluan biasanya ditandai dengan turunnya kepala janin ke bagian inlet pelvis, sulit buang air kecil, abdomen melebar, menurunnya titik tertinggi dari rahim, nyeri perut dan pinggang, serta perubahan pada serviks menjadi lembek dan mendatar (Sri Rejeki, 2020). Kala pendahuluan akan terus berlangsung sampai tahap inpartu.

Setelah itu, ibu akan memasuki fase inpartu, dimana tanda-tandanya antarlain: rasa ingin meneran dan menahan nafas saat kontraksi; peningkatan tekanan pada

bagian rectum; perineum menonjol; rasa nyeri yang datang lebih sering, adekuat, dan teratur; serviks mendatar dan terbuka; keluar lendir bercampur darah yang lebih intens akibat robekan di sekitar serviks; dan kadang disertai pecah ketuban sebelum waktunya (Mochtar, 2013).

Menurut SDKI, tanda gejala mayor pada nyeri melahirkan dibedakan menjadi tanda subjektif dan tanda objektif. Tanda gejala mayor subjektif antarlain mengeluh nyeri, meringis, perineum terasa tertekan, dan uterus teraba bulat; sedangkan tanda gejala mayor objektif antarlain: ekspresi wajah dan berposisi meringankan nyeri. Tanda gejala minor pada nyeri melahirkan juga dibedakan menjadi tanda subjektif dan tanda objektif. Tanda gejala minor subjektif antarlain mual, muntah, nafsu makan menurun/meningkat, ketegangan otot, pola tidur berubah, fungsi berkemih berubah, diaforesis (keringat dingin), gangguan perilaku, perilaku ekspresif, pupil dilatasi, dan fokus pada diri sendiri. Tanda gejala minor objektif pada nyeri melahirkan antarlain tekanan darah dan frekuensi nadi yang meningkat (DPP PPNI, 2018).

#### **4. Patofisiologi**

Penyebab utama nyeri persalinan disebabkan oleh kontraksi otot-otot uterus, hipoksia dari otot-otot yang mengalami kontraksi, iskemia korpus uteri, dan peregangan segmen bawah rahim. Nyeri ini termasuk dalam kategori nyeri viseral yang didapatkan dari kontraksi uterus dan aneksa. Tekanan serta kekuatan kontraksi berdampak pada nyeri yang dirasakan. Semakin kuat tekanannya, maka akan semakin besar nyeri yang dirasakan.

Serat saraf aferen viseral yang membawa impuls sensorik dari rahim memasuki medula spinalis pada segmen T10, T11, T12 dan L1. Nyeri dari perineum menyebar

melewati saraf aferen somatik (terutama pada saraf pudendus) dan mencapai medula spinalis melalui segmen S2, S3, dan S4. Selama bagian akhir dari kala I dan di sepanjang kala II, impuls nyeri bukan saja muncul dari rahim tetapi juga perineum saat bagian janin melewati pelvis. Biasanya wanita merasakan nyeri pada saat kontraksi saja dan bebas dari nyeri selama relaksasi (Ai et al., 2009).

Menurut Aprilia (2011), nyeri persalinan dibagi menjadi 4 tahapan, yaitu:

- 1) Tahap I atau tahap pembukaan, yaitu nyeri yang diakibatkan oleh kontraksi dan peregangan rahim.
- 2) Tahap II atau tahap pengeluaran bayi, yaitu nyeri yang muncul karena peregangan bagian bawah panggul. Tidak jarang nyeri yang dirasakan pada tahap ini justru disebabkan oleh tindakan episiotomy.
- 3) Tahap III atau tahap pelepasan plasenta, dimana nyeri yang dirasakan sangat minim.
- 4) Tahap IV, yaitu nyeri yang timbul karena jahitan luka perineum, baik dengan tindakan episiotomy atau tanpa tindakan episiotomy.

## **5. Penatalaksanaan**

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), nyeri melahirkan dapat ditangani dengan manajemen nyeri, pengaturan posisi, dan terapi relaksasi (DPP PPNI, 2018). Penanganan untuk nyeri persalinan dapat disesuaikan dengan sifat nyeri yang dirasakan dan sejauh mana individu tersebut ingin meningkatkan kenyamanannya untuk mengurangi sakit yang dirasa. Tindakan yang dilakukan dapat berupa observasi, terapeutik, dan edukasi. Observasi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; serta melakukan monitoring

TTV. Tindakan terapeutik meliputi penganjuran monitoring nyeri secara mandiri, memfasilitasi istirahat dan tidur, mengontrol lingkungan yang dapat memperbesar rasa nyeri, dan memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Edukasi yang dapat dilakukan berupa menjelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin serta menjelaskan strategi meredakan nyeri. (DPP PPNI, 2018). Selain itu, manajemen nyeri juga diperlukan untuk mengurangi nyeri secara signifikan. Manajemen nyeri persalinan umumnya dapat ditangani dengan 2 cara, yaitu menggunakan bantuan obat-obatan (farmakologis) dan tanpa menggunakan obat-obatan (non-Farmakologis).

a. Farmakologi

Intensitas nyeri persalinan dapat ditangani dengan menggunakan anti nyeri atau analgesik. Alam (2020), menyebutkan bahwa terdapat dua jenis analgesik yang dapat digunakan, yaitu analgesik narkotik dan analgesik non-narkotik. selain itu, pada tindakan *section caesarea*, tindakan anastesi juga dapat dilakukan untuk menghilangkan sensasi pada bagian tubuh, baik secara generak ataupun secara parsial. Penggunaan teknik farmakologi dinilai cepat menangani nyeri, namun memiliki resiko efek samping seperti: hipoksemia janin, denyut jantung menurun, serta meningkatnya suhu tubuh ibu yang bisa berdampak pada perubahan kondisi janin.

b. Non-Farmakologi

Penanganan nyeri non-farmakologis lebih bervariasi dan dapat diaplikasikan dengan atau tanpa kolaborasi obat-obat analgesik. Teknik non-farmakologi yang populer diantaranta melalui pendekatan modulasi psikologis nyeri seperti

hipnoterapi, relaksasi, imajenasi, dll; atau dengan pendekatan modulasi sensorik nyeri dengan massage, terapeutik, akupresure, akupuntur, dll.

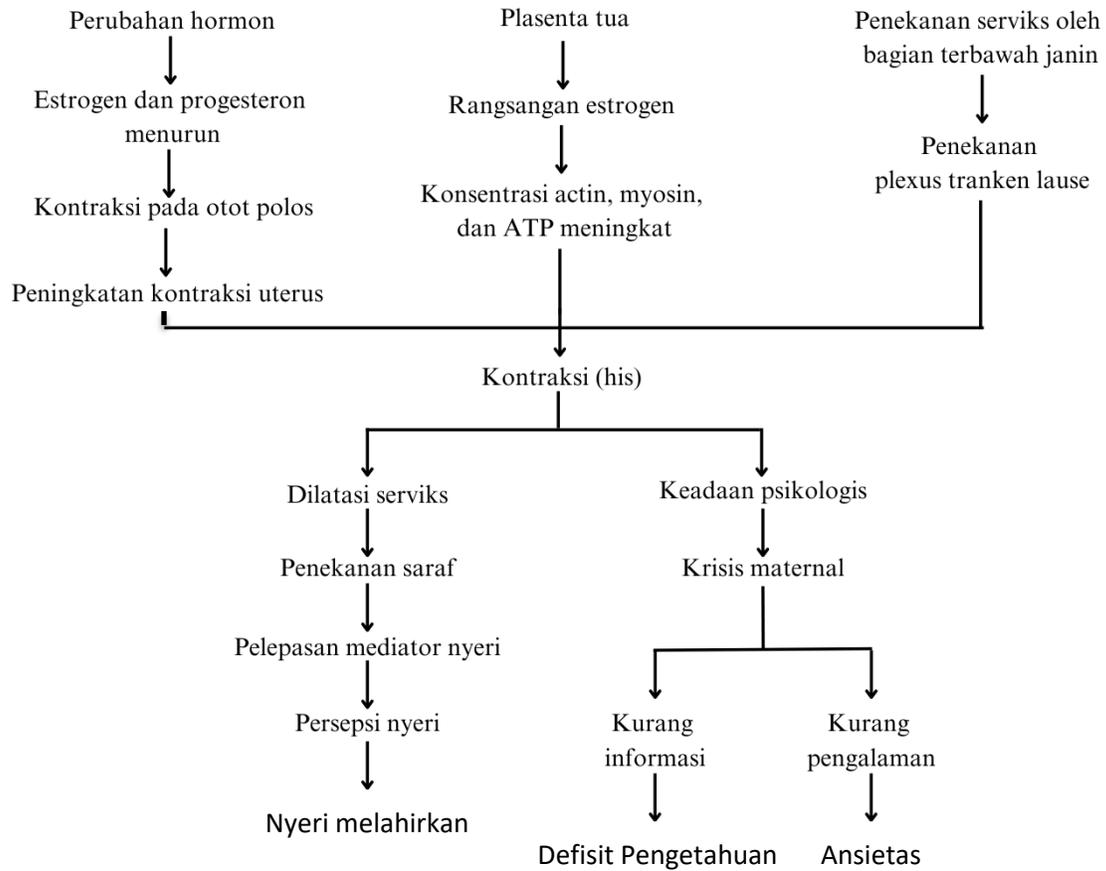
c. Kompres air hangat

Kompres air hangat adalah salah satu tindakan non-farmakologis yang aman dan cukup efektif untuk mengurangi rasa nyeri. Tujuannya adalah memberikan rasa nyaman pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang sakit. Dengan pemberian panas, pembuluh-pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Akibatnya, metabolisme sel akan meningkat. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit atau nyeri dan mengurangi proses peradangan (Kusyati, 2006).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

Dikutip dari Kozier (2010), Craven dan Hirnle menjelaskan bahwa proses keperawatan adalah sebuah panduan untuk memberikan asuhan keperawatan profesional, baik untuk individu, keluarga, kelompok, serta komunitas. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap, yaitu pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, pemberian intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Proses keperawatan digunakan dalam merencanakan pelayanan asuhan yang tepat guna, menangani respons akibat penyakit, serta merencanakan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Seluruh proses keperawatan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan.

## Pathways



Bagan 1 Pathways Asuhan Keperawatan Kala I pada Primipara

## 1. Pengkajian

### a. Definisi Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran paling mendasar dari sebuah proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dan data tentang pasien, agar dapat mengenali dan mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan khususnya keperawatan dalam berbagai aspek, baik fisik, mental, serta sosial. Pengkajian merupakan tahapan paling awal dari sebuah asuhan keperawatan. Pada tahapan ini terjadi proses pengumpulan data. Data yang didapat dari hasil pengkajian menentukan keberhasilan perawat dalam mengidentifikasi permasalahan pasien di tahap selanjutnya (Ernawati, 2019).

### b. Tujuan Pengkajian

Menurut Ernawati (2019), terdapat beberapa tujuan dalam melakukan sebuah pengkajian, diantaranya:

- 1) Mengumpulkan informasi terkait status kesehatan pasien dari berbagai sumber
- 2) Mengidentifikasikan kebutuhan setiap pasien terhadap masalah Kesehatan yang memengaruhi layanan keperawatan.
- 3) Menjamin adanya informasi dasar kesehatan guna memberikan referensi untuk mengukur perubahan kondisi pasien.
- 4) Menyajikan data yang cukup bagi justifikasi kebutuhan pasien untuk melakukan tindakan keperawatan

### c. Kegiatan dalam Pengkajian

Pengkajian keperawatan penting dilakukan guna melihat permasalahan aktual yang dialami oleh pasien. Jika terdapat rangkaian pengkajian yang tidak dilakukan, maka dikhawatirkan asuhan keperawatan tidak tepat sasaran. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui bagian-bagian yang wajib dipahami pada proses pengkajian. Adapun kegiatan dalam pengkajian meliputi:

1) Pengumpulan data

Kegiatan ini adalah kegiatan inti dari sebuah pengkajian keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data yang akurat, relevan, aktual, serta lengkap dan sistematis. Data-data yang dikumpulkan termasuk seluruh aspek bio-psiko-sosio-kultural yang ada pada pasien, termasuk data demografis pasien, data kesehatan, riwayat obstetri dan ginekologi, data sosial, serta pengkajian tambahan seperti pengkajian nyeri. Data yang dikumpulkan berupa data primer, atau data yang bersumber dari pasien secara langsung, keluarga pasien, *caregiver*, dan lingkungan pasien; ataupun data sekunder yang berasal dari rekam medis, hasil laboratorium, serta data dari tim kesehatan lainnya. Teknik yang akan digunakan untuk mengumpulkan data, antarlain:

- a) Anamnesis, adalah teknik berkomunikasi baik secara langsung pada pasien (auto-anamnesis), ataupun komunikasi tidak langsung pada pasien (allo-anamnesis). Komunikasi dilakukan secara terapeutik untuk menggali status kesehatan pasien.
- b) Observasi, adalah teknik mengumpulkan data yang dilakukan dengan memaksimalkan penggunaan panca indera perawat.

Observasi dilakukan dengan Teknik 2SHFT (Sight/Melihat, Smell/Membau, Hearing/Mendengarkan, Feeling/Merasakan, Taste/Merasakan).

c) Pemeriksaan fisik, adalah cara yang dilakukan untuk mengumpulkan data dengan cara memeriksa fisik pasien secara langsung. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan teknik IPPA atau Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi. Inspeksi adalah pemeriksaan fisik dengan cara mengamati. Palpasi adalah pemeriksaan fisik dengan cara meraba bagian tubuh pasien yang memiliki abnormalitas. Perkusi adalah pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada bagian tubuh pasien. Auskultasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan alat-alat seperti stetoskop.

## 2) Pengkajian *on going*

Pada kegiatan ini, pengkajian yang sudah didapatkan pada proses pengumpulan data kemudian dikonfirmasi dan dicocokkan kembali dengan kondisi terbaru dari pasien. Pada tahap ini biasanya perluasan data terjadi.

## 3) Pengkajian khusus

Kegiatan pengkajian khusus dilakukan jika pasien membutuhkan pengukuran dengan alat-alat khusus.

## 4) Validasi data

Pada tahap ini, data-data yang sifatnya subjektif divalidasi dengan cara yang objektif. Data subjektif adalah data yang bentuknya berupa deskripsi, dimana pernyataan yang diungkap dan perasaan yang dikeluarkan dinyatakan

oleh pasien sendiri. Data objektif adalah data hasil pengamatan, pengukuran, serta pemeriksaan; baik yang berasal dari laboratorium atau pemeriksaan penunjang medis lainnya. Setelah itu, seluruh data yang telah divalidasi dibandingkan dengan nilai standar dan nilai normal yang menjadi pedoman untuk menentukan nilai-nilai abnormal pasien.

5) Identifikasi pola/divisi/masalah klien

Tahapan ini merupakan langkah terakhir yang terdapat dalam pengkajian. Data yang didapat diorganisasikan menurut pola atau divisi. Identifikasi pola harus berdasarkan alasan yang logis atau rasional

## **2. Diagnosis Keperawatan**

a. Definisi diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang dikutip dalam Leniwita & Anggraini (2019) adalah sebuah keputusan klinis mengenai seseorang, kelompok, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari proses kehidupan dan atau masalah kesehatan yang actual ataupun potensial. Sejalan dengan hal tersebut, Rabelo (2016) menyebut bahwa diagnosis keperawatan merupakan sebuah konsep untuk memadukan proses pengkajian keperawatan dan proses intervensi keperawatan. Diagnosis keperawatan menjadi titik penialian perawat berdasar respon pasien secara holistic dan menyeluruh (Koerniawan et al., 2020).

b. Perbedaan diagnosis keperawatan dengan diagnosis medis

Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis, karena saat mengumpulkan data dalam menegakkan diagnosis keperawatan, tinjauan dari segi

klinis seperti kondisi penyakit dalam diagnosis medis diperlukan. Berikut merupakan perbedaan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan dikutip dalam Leniwita & Anggraini (2019).

Table 1. Perbandingan diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan

<b>Perbedaan</b>	<b>Diagnosis medis</b>	<b>Diagnosis keperawatan</b>
<b>Fokus</b>	Pengobatan penyakit	Respon terhadap tindakan medis/tindakan keperawatan lainnya
<b>Orientasi</b>	Patologis penyakit	Kebutuhan dasar individu
<b>Tindakan</b>	Cenderung tetap, mulai dari awal sakit hingga sembuh. Tindakan sebagian besar dilimpahkan pada perawat	Berubah sesuai respon klien. Tindakan mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya

c. Diagnosis SDKI

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah sebuah pedoman mengenai diagnosis keperawatan yang dikeluarkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Klasifikasi diagnosis keperawatan mengadopsi diagnosis dari International Council of Nurse (ICN). Terdapat 149 diagnosis keperawatan yang terbagi menjadi 5 kategori dan 14 subkategori. Diagnosis yang mungkin muncul pada asuhan keperawatan kala I pada primipara adalah nyeri melahirkan, ansietas, dan defisit pengetahuan.

1) Nyeri Melahirkan

a) Definisi

Menurut SDKI, nyeri melahirkan didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan (DPP PPNI, 2018).

b) Etiologi atau penyebab

Penyebab terjadinya nyeri melahirkan berdasarkan SDKI adalah dilatasi serviks dan pengeluaran janin. Dilatasi serviks adalah kondisi membukanya leher rahim untuk jalan lahir bayi (DPP PPNI, 2018).

c) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis adalah tanda gejala yang muncul akibat suatu kondisi. Tanda gejala yang muncul dapat berupa tanda mayor dan tanda minor. Tanda gejala mayor adalah tanda gejala yang wajib ditemukan untuk validasi diagnosis, sedangkan tanda gejala minor adalah tanda gejala yang dapat digunakan untuk mendukung diagnosis.

Tanda gejala mayor pada nyeri melahirkan dibedakan menjadi tanda subjektif dan tanda objektif. Tanda gejala mayor subjektif antarlain mengeluh nyeri, meringis, perineum terasa tertekan, dan uterus teraba bulat; sedangkan tanda gejala mayor objektif antarlain: ekspresi wajah dan berposisi meringankan nyeri. Tanda gejala minor pada nyeri melahirkan juga dibedakan menjadi tanda subjektif dan tanda objektif. Tanda gejala minor subjektif antarlain mual, muntah, nafsu makan menurun/meningkat, ketegangan otot, pola tidur berubah, fungsi berkemih berubah, diaforesis (keringat dingin), gangguan perilaku, perilaku ekspresif, pupil dilatasi, dan fokus pada diri sendiri. Tanda gejala minor objektif pada nyeri melahirkan antarlain tekanan darah dan frekuensi nadi yang meningkat (DPP PPNI, 2018).

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis yang tercantum dalam SDKI terkait diagnosis keperawatan nyeri melahirkan adalah proses persalinan dan nyeri melahirkan (DPP PPNI, 2018).

2) Ansietas

a) Definisi

Menurut SDKI, definisi dari ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (DPP PPNI, 2018).

b) Etiologi atau penyebab

Penyebab diagnosis ansietas sesuai SDKI antarlain krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan seperti temperamen yang mudah teragitasi sejak lahir, penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan seperti toksin dan polutan, serta kurang terpapar informasi (DPP PPNI, 2018).

c) Manifestasi klinis

Tanda gejala mayor subyektif untuk diagnosis ansietas adalah merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, dan sulit

berkonsentrasi. Sedangkan tanda gejala mayor objektif untuk ansietas adalah tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur. Tanda gejala minor subjektif adalah mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, dan merasa tidak berdaya. Sedangkan tanda gejala minor objektif adalah frekuensi napas, nadi, dan tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu (DPP PPNI, 2018).

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait ansietas antarlain penyakit kronis, penyakit akut, hospitalisasi, rencana operasi, kondisi diagnosis penyakit belum jelas, penyakit neurologis, dan tahap tumbuh kembang (DPP PPNI, 2018).

3) Defisit Pengetahuan

a) Definisi

Definisi diagnosis defisit pengetahuan sesuai dengan SDKI adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (DPP PPNI, 2018).

b) Etiologi atau penyebab

Penyebab diagnosis defisit pengetahuan menurut SDKI antarlain keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (DPP PPNI, 2018).

c) Manifestasi klinis

Tidak terdapat gejala mayor subjektif pada diagnosis defisit pengetahuan dalam SDKI. Namun, gejala mayor objektif yang dapat ditemukan antarlain menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Sementara itu, gejala minor pada diagnosis defisit pengetahuan tidak dibedakan menjadi gejala subjektif dan objektif. Gejala minor pada defisit pengetahuan adalah menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dan menunjukkan perilaku berlebihan; misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, dan histeria (DPP PPNI, 2018).

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait diagnosis defisit pengetahuan antarlain kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien, penyakit akut, dan penyakit kronis (DPP PPNI, 2018).

### **3. Intervensi Keperawatan**

Menurut Ernawati (2021), perencanaan adalah sebuah panduan dalam melakukan tindakan keperawatan oleh perawat untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien. Perawat menyusun intervensi berdasarkan rumusan diagnosis keperawatan. Jenis-jenis intervensi yang dilakukan oleh perawat dapat berupa edukasi, manajemen, psikososial, konsultasi, serta observasi.

Menurut Deswani (2009), intervensi berdasarkan tindakannya dibagi menjadi 2 jenis, yaitu intervensi langsung dan intervensi tidak langsung. Intervensi langsung adalah jenis tindakan keperawatan yang proses pemberiannya dihadapkan langsung pada pasien tanpa perantara. Contoh intervensi langsung antarlain: membantu

ambulasi pasien, melakukan tindakan pemasangan infus, dll. Intervensi tidak langsung adalah kebalikan dari intervensi langsung, yaitu tindakan yang proses pemberiannya tidak perlu berhadapan langsung dengan pasien. Contoh intervensi jenis ini antarlain: membaca hasil laboratorium, memindahkan pasien dari satu ruangan ke ruang yang lain, dll.

Berdasarkan Tim SIKI DPP PPNI (2018), gambaran intervensi asuhan keperawatan pada Kala I persalinan normal terkait diagnosis nyeri melahirkan, ansietas, dan defisit pengetahuan adalah sebagai berikut:

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Label Intervensi Utama</b>	<b>Label Luaran Utama</b>
<b>Nyeri melahirkan</b>	<p><b>Tingkat Nyeri</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ekspektasi terhadap nyeri menurun dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Ekspresi meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Gelisah menurun</li> <li>• Kesulitan tidur menurun</li> <li>• Menarik diri menurun</li> <li>• Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>• Diaforesis menurun</li> <li>• Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>• Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>• Ketegangan otot menurun</li> <li>• Pupil dilatasi menurun</li> <li>• Muntah dan muntah menurun</li> <li>• TTV membaik</li> <li>• Proses berpikir membaik</li> <li>• Fokus membaik</li> <li>• Fungsi berkemih membaik</li> <li>• Perilaku membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen nyeri</b> <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> <li>• Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>• Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>• Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>• Monitor keberhasilan terapi komplementer</li> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>• Kontrol lingkungan yang</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nafsu makan membaik</li> <li>• Pola tidur membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• memperberat rasa nyeri</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>• Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>• Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>• Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi penggunaan analgetik jika perlu</li> </ul>
<b>Ansietas</b>	<p><b>Tingkat Ansietas</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ekspektasi terhadap tingkat ansietas menurun dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>• Perilaku gelisah menurun</li> <li>• Perilaku tegang menurun</li> <li>• Keluhan pusing menurun</li> <li>• Anoreksia menurun</li> <li>• Palpitasi menurun</li> <li>• Diaforesis menurun</li> <li>• Tremor menurun</li> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Konsentrasi membaik</li> <li>• Pola tidur membaik</li> <li>• TTV membaik</li> <li>• Kontak mata membaik</li> <li>• Pola berkemih membaik</li> <li>• Orientasi membaik</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>• Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi</li> </ul>

	<p><b>Dukungan sosial</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ekspektasi terhadap dukungan sosial meningkat dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan meminta bantuan pada oranglain meningkat</li> <li>• Bantuan yang ditawarkan oleh oranglain meningkat</li> <li>• Dukungan emosi yang disediakan oleh oranglain meningkat</li> <li>• Jaringan sosial yang membantu meningkat</li> </ul>	<p>situasi yang memicu kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>• Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>• Latih teknik relaksasi</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat anti ansietas jika perlu</li> </ul>
<p><b>Defisit pengetahuan</b></p>	<p><b>Tingkat Pengetahuan</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ekspektasi terhadap pengetahuan meningkat dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>• Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</li> <li>• Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>• Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</li> <li>• Perilaku yang sesuai</li> </ul>	<p><b>Edukasi Persalinan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi tingkat pengetahuan</li> <li>• Identifikasi pemahaman ibu tentang persalinan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>• Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif terhadap perubahan perilaku ibu</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan metode persalinan</li> </ul>

---

<p>dengan pengetahuan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>• Persepsi yang keliru tentang masalah menurun</li> <li>• Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun</li> <li>• Perilaku membaik</li> </ul>	<p>yang ibu inginkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan persiapan dan tempat persalinan</li> <li>• Anjurkan menggunakan teknik manajemen nyeri persalinan setiap kala</li> <li>• Anjurkan ibu cukup nutrisi</li> <li>• Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan dan ketidaknyamanan persalinan</li> <li>• Ajarkan ibu cara mengenali tanda-tanda persalinan</li> <li>• Ajarkan ibu mengenai tanda bahaya persalinan</li> </ul>
--	---

---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam ilmu keperawatan merupakan kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, serta anggota tim kesehatan lainnya untuk mengawasi dan mencatat respon dari pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan (Nettina, 2002). Implementasi keperawatan membantu status kesehatan pasien menuju ke level yang lebih atau sesuai kriteria yang diharapkan, mencakup: pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pemulihan kesehatan, pemeliharaan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Secara umum, terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan yang dapat diimplementasikan dalam asuhan keperawatan persalinan kala I:

1. *Cognitive implementation*, contoh: pendidikan dan pengajaran, menciptakan lingkungan yang sesuai, serta menghubungkan tingkat pengetahuan pasien untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari
2. *Interpersonal implementation*, contoh: menciptakan komunikasi terapeutik, mengungkapkan perasaan dan dukungan spiritual, dll

3. *Technical implemtation*, contoh: tindakan keperawatan mandiri, mengorganisir kebutuhan pasien, serta menemukan perubahan pada data dasar pasien.

Implementasi yang dapat dilakukan untuk mengurangi keluhan terutama nyeri yang dialami oleh ibu pada kala I melahirkan antarlain:

- a. Monitor TTV pasien secara berkala
- b. Identifikasi durasi, karakteristik, intensitas, serta frekuensi nyeri
- c. Identifikasi faktor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri
- d. Monitor DJJ, status portio, his, dan warna air ketuban
- e. Mengimplementasikan teknik nonfarmakologi, dalam hal ini *Kompres Air Hangat* untuk mengurangi nyeri persalinan
- f. Fasilitasi istirahat dan tidur
- g. Menjelaskan penyebab, pemicu, serta periode nyeri

## **5. Evaluasi**

Menurut Ernawati (2021), evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dari seluruh proses keperawatan guna mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan yang telah dilakukan dapat tercapai. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan tujuan dengan hasil yang teramati. Lewat proses evaluasi, perawat dapat menentukan apakah proses keperawatan berhasil mengatasi masalah pasien atau tetap dilakukan upaya yang saling berkesinambungan sampai nantinya benar-benar teratasi.

Proses evaluasi dalam keperawatan sendiri terbagi menjadi 2 jenis (Ernawati, 2021)

- a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan keperawatan. Secara singkat, evaluasi formatif disebut sebagai evaluasi proses.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. Evaluasi ini berfungsi sebagai penilai sekaligus memonitor kualitas dari asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi ini berfokus terhadap masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan /ketidakberhasilan tindakan, menghitung rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Terdapat tiga hasil evaluasi ini:

- 1) Tujuan tercapai, apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria yang ditentukan
- 2) Tujuan tercapai sebagian, apabila pasien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria yang ditetapkan
- 3) Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali dan atau timbul masalah kesehatan baru.

**C. Evidence Base Practice (EBP)**

1. Pengaruh Teknik Pemberian Kompres Hangat Terhadap Perubahan Skala Nyeri Persalinan Pada Klien Primigravida oleh Suryani Manurung, Ani Nuraeni, Tri Riana Lestari, Ii Soleha, Suryati, Heni Nurhaeni, Katherina Paulina, Elsy Rahmawaty tahun 2013. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan

mengidentifikasi pengaruh dari pemberian kompres air hangat terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif. Penelitian menggunakan desain quasi experiment, pretest-posttest dengan kelompok intervensi dan kontrol. Sampel penelitian adalah ibu dengan primigravida di puskesmas pasar minggu dan cilandak, dengan masing-masing puskesmas berjumlah 18 orang. Hasil pengujian menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri pada responden yang diterapi menggunakan kompres air hangat dan terjadi peningkatan skala nyeri pada responden yang tidak dikontrol. Penelitian ini juga menunjukkan hubungan antara terapi kompres dan skala nyeri persalinan berhubungan erat. Terapi kompres dapat menjadi salah satu rekomendasi dan atau alternatif intervensi non-farmakologi pada ibu yang sedang bersalin di pelayanan kesehatan, baik di RS ataupun di klinik bersalin.

2. Kompres Air Hangat dalam Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I oleh Marlynda Happy Nurmalita Sari dan Anis Alina Ramadhani tahun 2020. Tujuan penelitian ini ialah menilai efektifitas kompres air hangat untuk mengatasi nyeri persalinan kala I. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah quasi eksperimen. Sampel penelitian adalah 28 ibu bersalin pada kala I fase aktif. Proses penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan kompres air hangat di bagian punggung ibu selama 20 menit dengan mengukur skala nyeri menggunakan FPRS (Face Pain Rating Scale). Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang memasuki persalinan kala I fase aktif memiliki rasa sakit lebih tinggi dibandingkan ibu setelah dilakukan kompres air hangat. Hasil pengujian juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan nyeri yang signifikan pada ibu

bersalin sebelum diberikan kompres air hangat dibandingkan setelah diberikan kompres air hangat.

3. *The Effect Of Two-Staged Warm Compress On The Pain Duration Of First And Second Labor Stages And Apgar Score In Prim Gravida Women: A Randomized Clinical Trial* oleh Marzieh Akbarzadeh, Azar Nematollahi, Mahnaz Farahmand, dan Sedigheh Amooee tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur pengaruh teknik kompres air hangat dua tahap terhadap durasi nyeri persalinan kala I dan kala II serta pengaruhnya pada APGAR Score pada ibu hamil primigravida. Pengujian dilakukan dengan metode uji klinis pada 150 wanita dibagi dalam dua kelompok dengan jumlah yang sama. Kompres hangat dua tahap dilakukan kurang lebih 15-20 menit pada fase persalinan pertama dan kedua (dilatasi servis 7 dan 10 cm) pada kelompok intervensi dan tanpa penggunaan kompres air hangat (hanya mendapat perawatan biasa) pada kelompok kontrol. Dari hasil uji-t, rata-rata lama persalinan pada kelompok intervensi lebih rendah di kala II, namun tidak ditemukan perbedaan yang signifikan pada lama persalinan kala I dan APGAR Score di kedua kelompok. Selain mengurangi nyeri, disimpulkan penelitian ini dapat memperpendek durasi persalinan di kala II pada ibu bersalin primigravida.