

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Kurniarum, 2016).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Sondakh, 2015).

2.1.2 Fisiologi Persalinan

Persalinan normal ditandai oleh adanya aktifitas miometrium yang paling lama dan besar kemudian melemah kearah serviks. Dimana fundus mengalami perubahan organ yang lunak selama kehamilan menjadi berkontraksi sehingga dapat mendorong janin keluar melalui jalan lahir (Cunningham, 2014).

2.1.3 Mekanisme Persalinan

Selama persalinan, kontraksi uterus dimulai terutama di puncak fundus uteri kemudian menyebar ke seluruh korpus uteri. Setiap kontraksi uterus cenderung mendorong bayi ke arah serviks karena

kontraksi intensitasnya kuat pada puncak dan korpus uteri, namun lemah di segmen bawah uterus kearah serviks. Saat awal persalinan, kontraksi hanya terjadi sekali tiap 30 menit. Seiring majunya persalinan kontraksi timbul sekali setiap 1 sampai 3 menit dan intensitasnya terus meningkat dengan periode relaksasi yang singkat diantara kontraksi. Gabungan kontraksi antara uterus dan otot-otot abdomen selama persalinan menyebabkan tekanan kebawah sekitar 25 pon pada setiap kontraksi. Lebih dari 95 persen persalinan, bagian pertama yang dikeluarkan dari bayi adalah kepala. Kemudian bagian besar sisanya yang dikeluarkan pertama kali adalah bokong. Jika yang keluar pertama bagian bokong maka dinamakan sungsang. Dimana kepala bertindak sebagai baji untuk membuka jalan lahir ketika janin didorong ke bawah. Serviks uteri menjadi hambatan utama ketika pengeluaran janin, namun menjelang akhir kehamilan serviks menjadi lunak sehingga memungkinkan terjadi peregangan saat uterus mengalami kontraksi (Guyton, A. C., Hall, J. E., 2014).

2.1.4 Etiologi Persalinan

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Sulistyawati, dkk,2013).

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada

saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan menurut Rohani (2013) sebagai berikut :

2.1.4.1 Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

2.1.4.2 Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

2.1.4.3 Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

2.1.4.4 Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

2.1.5 Jenis - Jenis Persalinan

Persalinan pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat yang diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dandiakhiri dengan 2 jam post partum (Kurniarum, 2016).

Berikut adalah jenis persalinan:

2.1.5.1 Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam disebut juga persalinan spontan. Persalinan spontan adalah proses pengeluaran janin secara spontan melalui pervaginam dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala satu persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi secara adekuat yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter) (Prawirohardjo, 2010).

2.1.5.2 Persalinan Bedah Sesar

Persalinan bedah sesar termasuk dalam persalinan buatan. Persalinan bedah sesar dikenal dengan istilah *sectio sesarea* (SC) yaitu pengeluaran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor (Reeder, 2012).

2.1.6 Tanda Persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah (Kurniarum, 2016):

2.1.6.1 Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan

- b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- c. Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
- d. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servix.
- e. Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks

2.1.6.2 Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

2.1.6.3 Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

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

2.1.7 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kalurie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian (Sumarah, 2011).

Intranatal ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Rohani, 2013).

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient atau ibu yang sedang bersalin masih dapat berjalan-jalan (Sulistyawati, 2013).

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Sulistyawati, 2013).

Gejala utama kala II menurut Jenny J.S Sondakh (2013) yakni :

- 2.1.7.1 His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 2.1.7.2 Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.

- 2.1.7.3 Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipoglobin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 2.1.7.4 Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 2.1.7.5 Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan dengan cara memegang kepala pada osocciput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

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, 2015).

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 sampai 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan menurut Sulistyawati (2013) adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat kesadaran pasien.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

2.1.8 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

2.1.8.1 *Power* (Kekuatan Ibu)

Power merupakan kekuatan yang mendorong janin pada saat persalinan antara lain his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga mengejan ibu (Runjati dkk, 2017).

2.1.8.2 *Passage* (Jalan Lahir)

Passage adalah jalan lahir yang merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa adanya rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

a. *Passage*

- 1) Bagian keras tulang – tulang panggul (rangka panggul)
- 2) Bagian lunak (otot – otot, serviks, vagina) Sumbu panggul

- b. Sumbu panggul merupakan garis yang menghubungkan titiktitik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu Carus).
- c. Bidang – bidang Hodge.
 - 1) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium.
 - 2) Bidang Hodge II : sejajar Hodge I setinggi pinggir bawah simpisis.
 - 3) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
 - 4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II, III setinggi os coccygis (Sondakh, 2013).

2.1.8.3 *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Passanger terdiri dari janin dan plasenta janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat terjadinya interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, dan posisi janin janin dapat memengaruhi persalinan karena presentasi dan ukurannya. pada presentasi kepala, tulang – tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, tepi tulang dapat menyisip di antara tulang yang satu dengan tulang yang lainnya (disebut moulage/molase) sehingga ukuran dari kepala bayi menjadi lebih kecil (Runjati dkk, 2017).

2.1.8.4 Psikologis

Faktor psikologis menurut Rohani (2013) yakni : Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya kebiasaan adat dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu.

2.1.8.5 Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, 2013).

2.2 KONSEP DASAR NYERI PERSALINAN

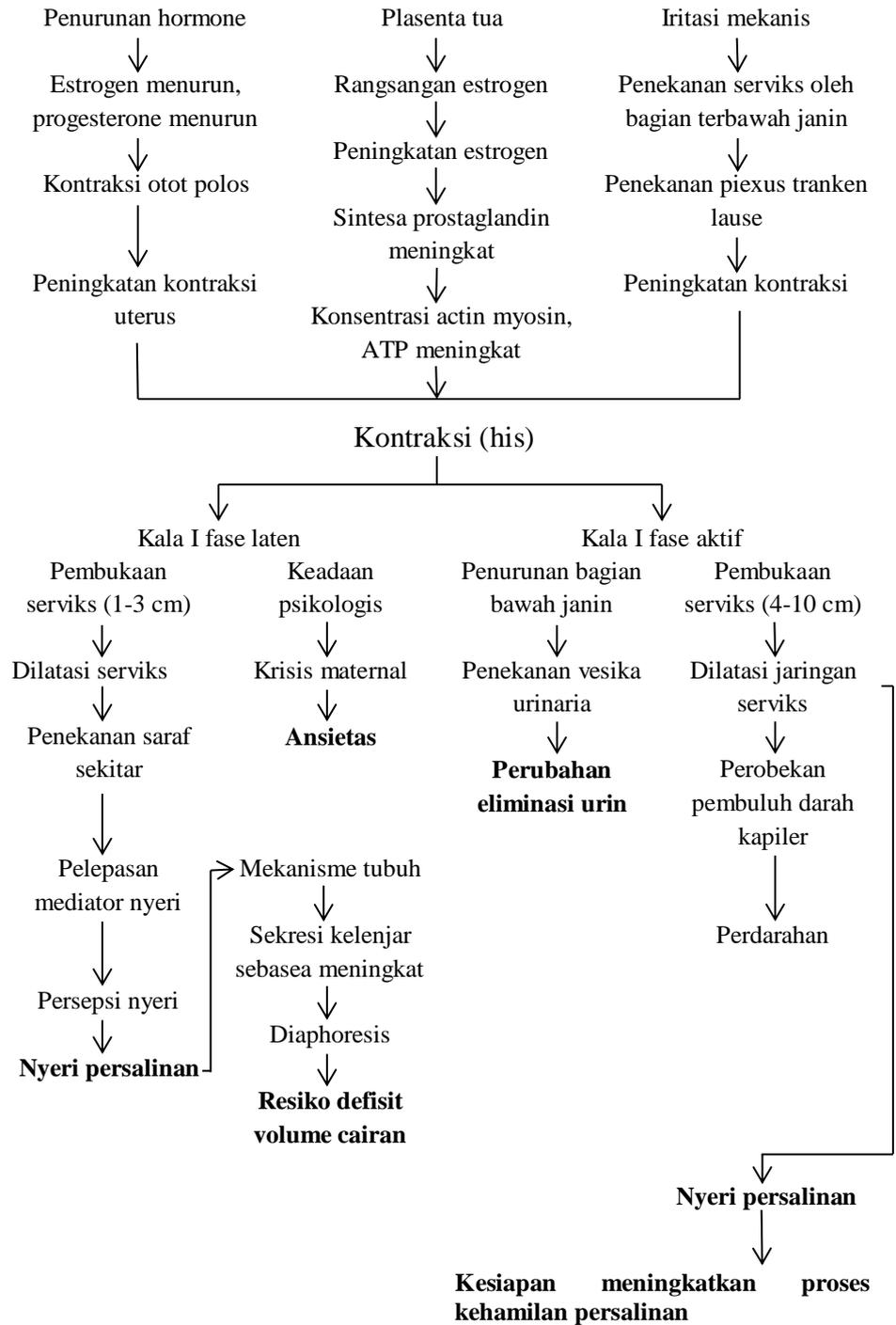
2.2.1 Definisi Nyeri Persalinan

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial. Sedangkan nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. (I. Utami & Fitriahadi, 2019).

Nyeri persalinan adalah pengalaman subjektif dari sensasi tubuh yang berhubungan dengan kontraksi uterus, dilatasi dan obliterasi serviks, dan penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, detak jantung, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Persalinan yang ditandai dengan kontraksi uterus, kontraksi tersebut sebenarnya terjadi pada usia kehamilan 30 minggu dan disebut kontraksi Braxton Hicks karena adanya perubahan hormon estrogen dan progesteron, tetapi tidak teratur, tidak nyeri, dan kekuatan kontraksi 5 mmHg serta kekuatan kontraksi *Braxton Hicks* ini akan menjadi kekuatannya dalam persalinan dan bersifat teratur. Sekresi cairan amnion kadang terlihat dan biasanya pecah sebelum dilatasi penuh, tetapi dapat juga dikeluarkan sebelum proses persalinan. Dengan pecahnya selaput ketuban, persalinan diperkirakan akan terjadi dalam waktu 24 jam. Nyeri didefinisikan sebagai suatu kondisi yang mempengaruhi

seseorang dan sejauh mana diketahui ketika seseorang telah mengalaminya dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau menilai rasa sakit yang dialami (Dyah et al, 2018).

2.2.2 Pathway Nyeri Persalinan



2.2.3 Nyeri dan Skala Nyeri

Nyeri merupakan suatu pengalaman emosional dan sensorik yang tidak menyenangkan serta berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan. Nyeri sering timbul akibat manifestasi klinis pada suatu proses patologis dengan cara memprovokasi serat-serat saraf sensorik nyeri menghasilkan ketidaknyamanan, penderitaan atau distress. Nyeri dapat digolongkan menjadi beberapa jenis yaitu menurut jenis, timbulnya, penyebab dan derajatnya. Nyeri dapat menetap akibat sinyal nyeri yang terus menerus dikirimkan ke saraf selama beberapa minggu, bulan, bahkan tahunan, dan sensasi normal yang dimunculkan menetap selama lebih dari berbulan - bulan sehingga dikatakan sebagai nyeri kronik. Nyeri kronik memberikan efek yang serius terhadap kondisi pasien itu sendiri, sebab nyeri yang tidak tertangani dengan baik maka akan memperparah kondisi fisik maupun mental pasien. Setiap persepsi nyeri yang timbul akan membuat tubuh merespons rangsangan nyeri tersebut, yang kemudian akan mempengaruhi secara keseluruhan sistem organ penderita nyeri (Mardana, IKRP., 2017).

Pengukuran derajat nyeri sebaiknya dilakukan dengan tepat sebab dipengaruhi oleh adanya faktor subyektif seperti faktor fisiologis, psikologi, dan lingkungan. Oleh karena itu, anamnesis berdasarkan pada pelaporan mandiri pasien yang bersifat sensitif dan konsisten merupakan hal yang penting. Pada kondisi dimana tidak mungkin mendapatkan penilaian mandiri pasien seperti pada kondisi gangguan kesadaran, gangguan kognitif, pasien pediatrik, kegagalan komunikasi, tidak adanya kerjasama atau ansietas hebat dibutuhkan cara pengukuran yang lain. Pada saat ini nyeri di tetapkan sebagai tanda vital kelima yang bertujuan untuk meningkatkan kepedulian akan rasa nyeri sehingga diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut (Mardana, IKRP., 2017).

Nyeri dapat digolongkan menurut jenisnya, yaitu:

2.2.3.1 Nyeri somatik, nyeri ini dapat dideskripsikan sebagai nyeri tajam, panas atau menyengat, yang dapat ditunjukkan lokasinya serta diasosiasikan dengan nyeri tekan lokal di sekitarnya.

2.2.3.2 Nyeri visera, nyeri ini dapat dideskripsikan sebagai nyeri tumpul, kram atau kolik yang tidak terlokalisasi dan dapat disertai dengan nyeri tekan lokal, nyeri alih, berkeringat, mual dan perubahan kardiovaskular.

2.2.3.3 Nyeri neuropatik, memiliki ciri khas sebagai berikut:

- a. Deskripsi nyeri seperti rasa terbakar, tertembak, atau tertusuk.
- b. Nyeri dapat terjadi secara paroksismal atau spontan serta tanpa terdapat faktor presipitasi.
- c. Terdapat diastesia yaitu suatu sensasi abnormal yang tidak menyenangkan yang timbul spontan ataupun dispresipitasi, hiperalgesia (peningkatan derajat respon terhadap stimulus nyeri normal), alodinia (nyeri yang dirasakan akibat stimulus yang pada keadaan normal tidak menyebabkan nyeri), atau adanya hipoestesia.
- d. Perubahan sistem otonom regional (perubahan warna, suhu, dan keringat) serta phantom phenomena (Mardana, IKRP., 2017).

Terdapat berbagai cara untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif antara lain:

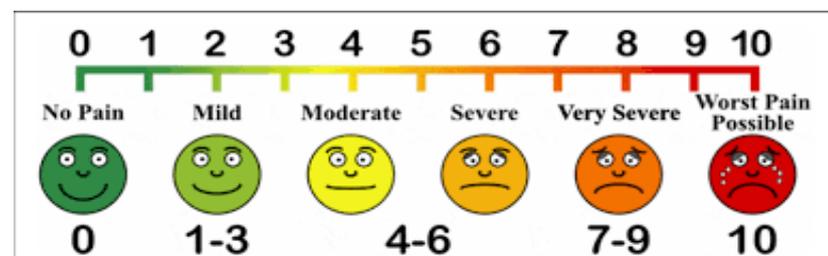
- a. Nyeri ringan merupakan nyeri yang hilang timbul, terutama saat sedang melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur atau istirahat.

- b. Nyeri sedang merupakan nyeri yang bersifat terus menerus sehingga mengganggu aktivitas dan hanya hilang ketika penderita tidur.
- c. Nyeri berat merupakan nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari sehingga penderita tidak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri ketika tidur (Mardana, IKRP., 2017).

Penilaian nyeri adalah suatu hal yang penting untuk mengetahui intensitas serta terapi yang dibutuhkan sehingga terapi tersebut menjadi efektif. Penilaian intensitas nyeri dapat diukur menggunakan berbagai cara, yaitu :

a. *Visual Analogue Scale (VAS)*

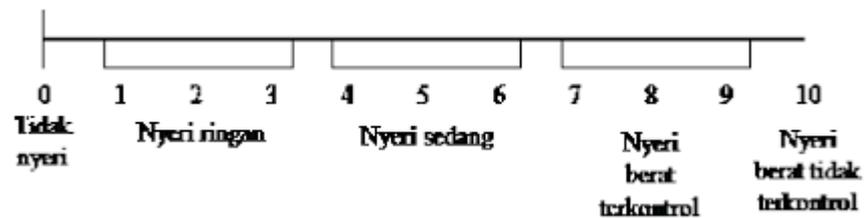
Skala ini sering digunakan dalam menilai intensitas nyeri. Rentang nyeri diwakilkan pada garis sepanjang 0 sampai 10 cm, dengan ada atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung dapat berupa angka atau deskriptif. Ujung angka 0 mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung angka 10 mewakili rasa nyeri terparah. Skala ini dapat digunakan untuk dewasa dan anak usia lebih dari 8 tahun. Keuntungan menggunakan skala VAS ini yaitu lebih mudah dipahami pasien serta sederhana dalam pengukurannya. Sedangkan, untuk prosedur pasca bedah tidak dianjurkan memakai skala VAS karena membutuhkan koordinasi motorik, visual serta kemampuan konsentrasi (Yudianta, et al., 2015).



Gambar 2.1

Visual Analogue Scale

- b. *Numeric Rating Scale (NRS)* Skala nilai numerik ini dianggap mudah dimengerti dan sederhana, sensitive terhadap dosis, perbedaan etnis serta jenis kelamin. NRS dianggap suatu metode item tunggal dengan memperkirakan intensitas nyeri menggunakan nilai 0 hingga 10, dimana skala 0 mewakili keadaan tanpa rasa sakit dan skala 10 merupakan rasa sakit yang sangat hebat. Berat ringannya sakit menjadi terukur dengan cara mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri (Yudianta, et al., 2015).



Gambar 2.2
Numeric Rating Scale

- c. *Wong Baker Pain Rating Scale* Skala ini biasa digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Yudianta, et al., 2015).



Gambar 2.3
Wong Baker Pain Rating Scale

2.2.4 Tingkat Nyeri Persalinan

Setiap proses persalinan berakibat rasa nyeri. Rasa nyeri dari seseorang dalam proses persalinan sangat bervariasi, tergantung dari bagaimana individu dan bagaimana ia menggambarkan rasa nyeri tersebut.

2.2.4.1 Nyeri merupakan pengalaman subyektif: Nyeri dalam proses persalinan merupakan pengalaman subyektif yang timbul dari akibat perubahan fungsi organ tubuh yang terlihat dalam menentukan kemajuan proses persalinan melalui jalan lahir (Maryunani, 2010; (Rejeki, Nurullita, & Krestanti, 2013).

2.2.4.2 Intensitas rasa nyeri yang dipersepsikan: Tingkat nyeri persalinan digambarkan dengan intensitas nyeri yang dipersepsikan oleh ibu saat proses persalinan. Intensitas nyeri tergantung dari sensasi keparahan dari nyeri itu sendiri (Kozier, 2011).

2.2.4.3 Intensitas nyeri yang diukur dengan skala nyeri yang dirasakan oleh seseorang: Intensitas rasa nyeri persalinan dapat ditentukan dengan cara menanyakan kepada pasien tentang tingkatan intensitas atau merujuk pada skala nyeri. Hal ini dilakukan ketika ibu tidak dapat menggambarkan rasa nyeri. Contohnya, skala 0-10 (skala numeric), skala deskriptif yang menggambarkan intensitas tidak nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan, skala dengan gambar kartun profil wajah dan sebagainya.

2.2.4.4 Intensitas nyeri rata-rata ibu bersalin kala I fase aktif digambarkan dengan skala VAS sebesar 6,7 sejajar dengan intensitas berat pada skala deskriptif.

2.2.5 Fisiologi Nyeri Persalinan

Pada dasarnya rasa nyeri pada proses persalinan berbeda dengan rasa nyeri yang dialami individu pada umumnya. Perbedaan tersebut terletak pada :

- 2.2.5.1 Proses fisiologis: Nyeri persalinan adalah proses fisiologis, dimana ini terjadi karena adanya kontraksi akibat proses hormonal dalam persalinan seperti naiknya kadar oksitoksin, naiknya kadar prostaglandin dan turunnya kadar progesteron
- 2.2.5.2 Perempuan dapat mengetahui bahwa ia akan mengalami nyeri saat bersalin apalagi bila seseorang telah mengalami atau berpengalaman sebelumnya, sehingga hal tersebut dapat diantisipasi,
- 2.2.5.3 Pengetahuan yang cukup tentang proses persalinan akan membantu perempuan untuk mengatasi nyeri persalinan yang bersifat intermiten (sementara),
- 2.2.5.4 Konsentrasi perempuan pada bayi yang akan dilahirkan akan membuat lebih toleran terhadap nyeri yang dirasakan saat persalinan, karena ia lebih berfokus pada harapan kelahiran bayinya.

Nyeri yang dialami oleh perempuan dalam persalinan diakibatkan oleh kontraksi uterus, dilatasi serviks; dan pada akhir kala I dan pada kala II oleh peregangan vagina dan dasar pelvis untuk menampung bagian presentasi (Maryunani, 2010). Rasa tidak nyaman (nyeri) selama persalinan kala I disebabkan oleh dilatasi dan penipisan serviks serta iskemia uterus hal ini dikarenakan penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal mengalami defisit akibat kontraksi arteri miometrium, nyeri ini disebut nyeri *viseral*. Sedangkan pada akhir kala I dan kala II, nyeri yang dirasakan pada daerah perineum yang terjadi akibat peregangan perineum, tarikan peritonium dan daerah uteroservikal saat kontraksi, penekanan vesika urinaria, usus

dan struktur sensitif panggul oleh bagian terendah janin, nyeri ini disebut nyeri *somatik* (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014; (Lowdermilk et al., 2016; (Tal, Taylor, Burney, Mooney, & Giudice, 2015).

Impuls rasa nyeri pada tahap pertama (Kala I) persalinan ditransmisikan melalui segmen saraf spinalis T11-12 dan saraf-saraf asesori torakal bawah serta saraf simpatik lumbar atas. Saraf-saraf ini berasal dari korpus uterus dan serviks. Rasa tidak nyaman akibat perubahan serviks dan iskemia rahim disebut nyeri viseral. Nyeri ini berasal dari bagian bawah abdomen dan menyebar ke daerah lumbar punggung dan menurun ke femur. Impuls nyeri yang berasal dari serviks dan korpus uteri ditransmisikan oleh serabut saraf aferen melalui pleksus uterus, pleksus pelviks, pleksus hipogastrik inferior, middle, posterior dan masuk ke lumbal yang kemudian masuk ke spinal melalui L1, T12, T11 dan T10. Biasanya ibu mengalami rasa nyeri ini hanya selama kontraksi dan bebas dari rasa nyeri pada interval antar kontraksi (Lowdermilk et al., 2014; (Lowdermilk et al., 2016; (Tal et al., 2015).

Tahap kedua persalinan (Kala II) yakni tahap pengeluaran bayi, ibu mengalami nyeri somatik atau nyeri pada perineum. Rasa tidak nyaman pada perineum ini timbul akibat peregangan jaringan perineum akibat tekanan bagian terendah janin, kandung kemih, usus atau struktur sensitif panggul yang lain. Impuls nyeri pada tahap kedua persalinan (kala II) dihantar melalui saraf pudendal menuju S1-4 dan sistem parasimpatis jaringan perineum. Nyeri yang dirasakan terutama pada daerah vulva dan sekitarnya serta pinggang (Freudenrich, 2009; (Pearce, 2016). Nyeri tahap ketiga (kala III) adalah nyeri lokal yang disertai kram dan sensasi robekan akibat distensi dan laserasi serviks, vagina atau jaringan perineum.

Rasa nyeri pada alat-alat tubuh didaerah pelvis, terutama pada daerah traktus genitalia interna disalurkan melalui susunan saraf simpatik menyebabkan kontraksi dan vasokonstriksi. Sebaliknya saraf parasimpatik mencegah kontraksi dan menyebabkan vasodilatasi. Oleh karena itu efeknya terhadap uterus yaitu bahwa simpatik menjaga tonus uterus, sedangkan saraf parasimpatik mencegah kontraksi uterus, jadi menghambat tonus uterus. Pengaruh dari kedua jenis persarafan ini menyebabkan terjadinya kontraksi uterus yang intermiten. Rangkaian susunan saraf simpatik daerah pelvik terdiri dari tiga rangkaian, yaitu rantai *sakralis*, *plexus haemorhoidalis superior*, dan *pleksus hipogastrika superior*.

2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain budaya, respon psikologis (cemas, takut), pengalaman persalinan, support system dan persiapan persalinan.

2.2.6.1 Budaya Budaya dan etniksitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri.

2.2.6.2 Respon psikologis (cemas, takut) Respon psikologis seperti cemas dan takut akan meningkatkan hormon katekolamin dan adrenalin. Efeknya aliran darah akan berkurang dan oksigenasi ke dalam otot uterus akan berkurang. Sebagai konsekuensinya arteri akan mengecil dan menyempit sehingga dapat meningkatkan rasa nyeri.

2.2.6.3 Pengalaman persalinan Individu yang mempunyai pengalaman persalinan sebelumna lebih toleran terhadap nyeri dibanding orang yang mengalami belum pernah bersalin dan belum pernah merasakan nyeri persalinan. Seseorang yang terbiasa merasakanan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang

mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri persalinan (Muttaqin, 2008).

2.2.6.4 Support system Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan (Support sistem), bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan (Muttaqin, 2008).

2.2.6.5 Persiapan persalinan Persiapan persalinan yang baik akan mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri. Persiapan persalinan yang baik diperlukan agar tidak terjadi permasalahan psikologis seperti cemas dan takut yang akan meningkatkan respon nyeri.

2.2.7 Penanganan Nyeri Saat Persalinan

Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan cara:

2.2.7.1 Penanganan Nyeri Farmakologis

Berbagai agen farmakologi digunakan sebagai manajemen nyeri. Biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik, yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik, pilihan obat tergantung dari rasa nyeri, namun penggunaan obat sering menimbulkan efek samping dan kadang obat tidak memiliki kekuatan efek yang diharapkan. Penatalaksanaan farmakologis pada nyeri persalinan meliputi analgesia yang menurunkan dan mengurangi rasa nyeri dan anesthesia yang menghilangkan sensasi bagian tubuh baik parsial maupun total (Jhuda, 2012; 82).

Pilihan penatalaksanaan nyeri dalam persalinan secara farmakologis diantaranya meliputi analgesik narkotika

(mereperidene, nalbuphine, buthorphanol, morfin sulfate fentanyl), analgesik regional (epidural, spinal, dan kombinasinya, ILA (*Intra Thecal Labor Analgesik*) (Judha, 2012; 82).

2.2.7.2 Penanganan Nyeri Nonfarmakologis

Beberapa penanganan nyeri nonfarmakologis:

a) Distraksi

Pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri ke stimulus nyeri. Jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri dirasakan atau tidak oleh klien). Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi *endorphin*, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Peredaan nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu, banyaknya modalitas sensori yang digunakan dan minat individu dalam stimulasi, oleh karena itu stimulasi penglihatan, pendengaran dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indra saja. Teknik ini paling efektif untuk nyeri yang dirasakan sesaat saja, sebagai contoh injeksi dan pengambilan darah (Tamsuri, 2007 & Judha, 2012; 59).

b) *Massage*

Massage atau pijatan merupakan metode yang memberikan rasa lega pada banyak wanita selama tahap pertama persalinan. *Massage* selama persalinan juga membantu mengatasi kram otot, menurunkan nyeri,

kecemasan, dan mempercepat persalinan (Judha, 2012; 67).

Pijatan merupakan terapi nyeri dengan menggunakan refleks lembut untuk menahan, menggosok, atau meremas bagian tubuh yang nyeri seperti pada bahu, leher, wajah, pinggang, dan punggung. Tindakan utama *massase* dianggap menutup gerbang untuk menghambat perjalanan rangsang nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada system saraf pusat, yang kemudian rangsangan taktil dan perasaan positif yang berkembang ketika dilakukansentuhan yang penuh perhatian dan empatik, bertindak memperkuat efek *massase* untuk mengendalikan nyeri (Andarmoyo, 2015; 84 & Chomaria, 2012; 48).

Tindakan *massase* pada persalinan misalnya *effleurage* (gerakan tangan mengurut), *kneading* (remasan) dan *counterpressure*.

1) Metode *Effluerage*

Effleurage biasanya dilakukan selama kontraksi saat proses persalinan, berupa pijatan ringan berirama dan menggunakan pukulan ringan pada abdomen, pinggang atau paha. *Effleurage* yang sering dilakukan yaitu penekanan yang berbentuk sirkulair pada abdomen. Dapat dilakukan oleh pasien sendiri, pasangan ataupun orang lain. Apabila ibu melahirkan terpasang sabuk monitor diperut, *effleurage* dapat dilakukan di paha atau dada. Tehnik ini juga dapat dilakukan di punggung dengan durasi waktu 3-10 menit. Manfaat *massase effleurage* dapat merangsang hormone *endorphin* yang menghilangkan rasa sakit

secara alamiah (Yuliatun, 2008; 68 & Maryunani, 2010; 122).

2) *Kneading* (remasan)

Teknik remasan (menekan dan melepas bagian tubuh) dapat membuat tenang dan rileks pada ibu hamil maupun melahirkan, tindakan ini dapat dilakukan di muka, leher, bahu, punggung, paha, kaki, dan tangan. Pemberian *massase* pada ibu melahirkan dapat membuat ibu berkonsentrasi pada hal yang lain dari pada kontraksi yang dirasakan juga dapat memperlancar sirkulasi darah (Yuliantun, 2008; 70).

3) Metode *firm counter pressure*

Memperlakukan pasien dalam kondisi duduk kemudian bidan atau keluarga pasien menekan daerah punggung atau area sacrum untuk membantu menurunkan nyeri pinggang selama kontraksi (Yuliantun, 2008; 72).

c) *Abdominal lifting*

Memperlakukan pasien dengan cara membaringkan pasien pada posisi terlentang dengan posisi kepala agak tinggi. Letakkan kedua telapak tangan pada pinggang belakang pasien, kemudian secara bersamaan lakukan usapan yang berlawanan kearah puncak perut tanpa menekan kearah dalam, kemudian ulangi lagi. Begitu seterusnya (Gadysa, 2009).

d) Kompres Panas Dingin

Metode panas-dingin memang tidak menghilangkan keseluruhan nyeri namun dapat memberikan rasa nyaman. Kompres panas dapat meningkatkan suhu kulit lokal, sirkulasi dan metabolisme jaringan. Kompres panas mengurangi spasme otot dan meningkatkan

ambang nyeri. Studi kecil tentang kompres panas (botol air panas) yang dibungkus handuk dapat mengurangi pegal dan kram di punggung bila di tempelkan di punggung (Simkin&Ancheta, 2005 dalam Andarmoyo, 2015; 87 & Chomaria, 2012; 48).

Penggunaan kompres panas untuk area yang tegang dan nyeri dianggap meredakan nyeri dengan mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia (Walsh, 2012). Sementara kompres dingin berguna untuk nyeri *musculoskeletal* atau sendi. Kompres dingin dapat mengurangi ketegangan otot (lebih lama dibandingkan dengan kompres panas) karena akan membuat baal daerah yang dikompres dengan memperlambat transmisi nyeri dan impuls-impuls lainnya melalui neuron-neuron sensorik (yang dapat membantu menjelaskan rasa kebal sebagai efek dari dingin). Kompres dingin juga mengurangi pembengkakan dan menyejukkan bagi kulit (Simkin&Ancheta, 2005 dalam Andarmoyo, 2015; 87 & Judha, 2012; 97).

Penggunaan handuk dingin yang di letakkan di area wajah juga dapat digunakan dalam mengurangi ketegangan sehingga dapat membuat rileks dan nyaman (Chomariah,2012;48).

e) *Guided Imaginary*

Merupakan salah satu aktivitas kognitif yang *powerful*. Digunakan untuk menurunkan persepsi nyeri dengan melibatkan pikiran sehingga kesadaran adanya stimulus nyeri berkurang. Metode ini menggunakan memori tentang peristiwa yang menyenangkan untuk mengurangi nyeri. Misalnya membayangkan kemoterapiyang

membunuh sel kanker (Yuliantun, 2008; 37 & Judha, 2012; 58).

f) Terapi Aroma

Menghirup aroma minyak esensial bias mengurangi ketegangan, terutama pada persalinan tahap awal (Chomariah, 2012; 48).

g) *Rangsangan Transkutaneus Terhadap Saraf Secara Elektrik*

(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation atau TENS)

TENS efektif untuk menghilangkan nyeri persalinan tanpa efek samping pada ibu dan janin dan secara signifikan dapat mengurangi durasi kala I persalinan pada nulipara dan multipara. TENS melibatkan aliran listrik lemah melalui elektroda yang ditempelkan pada permukaan kulit kemudian arus dialirkan melalui kabel dengan frekuensi dan intensitas yang disesuaikan (Andarmoyo, 2015; 89).

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN INTRA NATAL

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas pasien

Mengkaji identitas klien yang meliputi : nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat. Usia ibu dalam kategori usia subur (15-49 tahun). Bila didapatkan terlalu muda (kurang 32 dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) merupakan kelompok resiko tinggi.

b. Identitas penanggung jawab

Mengkaji identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lamanya perkawinan, dan alamat.

c. Keluhan utama

Klien mengeluh sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur keluar lender dan bercampur darah.

d. Riwayat penyakit sekarang

Usia kehamilan 37-40 minggu, klien mengeluh sakit perut dan keluar lender bercampur pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

e. Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji adanya riwayat penyakit dalam keluarga yang dapat memperburuk kondisi klien saat persalinan.

f. Riwayat penyakit dahulu

1) Riwayat pembedahan

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

2) Riwayat penyakit yang pernah di derita

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien misalnya; DM, jantung, hipertensi, masalah ginekologi atau urinary, penyakit endokrin dan penyakit-penyakit lainnya

g. Riwayat keluarga berencana

Meliputi alat kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan, keluhan selama penggunaan, jumlah anak yang direncanakan. (Yuli R, 2017).

h. Riwayat obstetri

1) Keadaan haid

Yang perlu diketahui pada keadaan haid adalah tentang menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah keluar, lamanya haid, nyeri atau tidak, bau

2) Perkawinan

Yang perlu ditanyakan berapa kali kawin dan sudah berapa lama.

3) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan yang perlu diketahui adalah berapa kali melakukan ANC (Ante Natal Care), selama kehamilan periksa dimana, perlu di ukur berat badan dan tinggi badan.

i. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi :

- 1) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan
- 2) Hari Perkiraan Lahir (HPL) : Untuk mengetahui perkiraan lahir
- 3) Keluhan-keluhan : Untuk mengetahui apakah ada keluhan-keluhan pada trimester I,II dan III
- 4) Ante Natal Care (ANC) : Mengetahui riwayat ANC, teratur / tidak, tempat ANC, dan saat kehamilan berapa (Wiknjosastro, 2010).

j. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

- 1) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan
- 2) Persalinan : Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan.
- 3) Nifas : Untuk mengetahui hasil akhir persalinan (abortus, lahir hidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas, dan apakah ibu tersebut mengetahui penyebabnya. (Wiknjosastro, 2010).

k. Pola kebiasaan sehari-hari menurut virgina handerson

- 1) Respirasi : Pernafasan meningkat.

- 2) Nutrisi : Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi seperti mual/ muntah, masukan protein kalori kurang.
- 3) Eliminasi : Biasanya klien mengalami gangguan BAK (oliguria) (kurang dari 400 ml/ 24 jam).
- 4) Gerak dan keseimbangan tubuh : Aktivitas berkurang, perubahan gaya berjalan.
- 5) Istirahat atau tidur : Klien biasanya mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidurnya karena adanya kontraksi uterus (HIS).
- 6) Mempertahankan daya tahan tubuh dan sirkulasi : Biasanya temperature tubuh meningkat dan sirkulasi meningkat.
- 7) Kebutuhan personal hygiene : Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri dan dilakukan 2x sehari. Biasanya kebutuhan personal hygiene tidak ada gangguan.
- 8) Aktivitas : Pada klien abortus biasanya aktivitasnya terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak dapat dilakukan atau tidak dapat terpenuhi dengan baik.
- 9) Kebutuhan berpakaian : Dengan dengan abortus tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.
- 10) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi : Klien dengan abortus biasanya mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh berupa peningkatan suhu tubuh dan sirkulasi berupa penurunan tekanan darah.
- 11) Kebutuhan keamanan : Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

- 12) Sosialisasi : Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
- 13) Kebutuhan spiritual : Klien lebih rajin beribadah dan berdoa untuk menghadapi persalinan.
- 14) Kebutuhan bermain dan rekreasi : Klien dengan persalinan normal biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.
- 15) Kebutuhan belajar : Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia. (Yuli R, 2017)

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek (Prihardjo, 2008). Pada persalinan normal keadaan umum klien baik (Nugroho, 2010).

b. Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran klien apakah composmetis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan letak sungsang 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 klien yang dihitung dalam menit.
Batas normalnya 69-100 x/ menit

3) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan klien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normalnya 12-22 x/ menit

4) Suhu

Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/ infeksi dengan menggunakan skala derajat celcius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38°. (Saifuddin, 2010).

d. Pemeriksaan fisik Head To Toe (Sulistiyowati, 2013)

1) Kepala Bentuk kepala oval dan bulat, kulit kepala bersih, rambut berwarna hitam dan tidak rontok. Muka oedem, tidak ada nyeri tekan. Mata : Mata simetris kanan dan kiri, sklera mata berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda. Telinga : Simetris kanan kiri, bersih tidak ada serumen, pendengaran berfungsi dengan baik. Hidung : Bentuk normal, keadaan bersih, tidak ada polip, pertumbuhan rambut hidung merata, penciuman normal. Mulut : bentuk normal, keadaan bersih, tidak ada kesulitan menelan.

2) Leher : Normal, tidak terdapat pembengkakan kelenjar dan vena jugularis

3) Dada :

a) Payudara

Payudara simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, areola mammae berwarna hitam merata, payudara terasa padat, papilla mammae menonjol, colostrum ada, tidak ada kelainan pada payudara.

b) Paru paru

Jalan nafas spontan, vokal fremitus getarannya sama, tidak teraba massa, perkusi sonor, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan atau tidak yaitu wheezing atau ronchi.

c) Jantung

Kecepatan denyut apical reguler, irama jantung normal, umumnya tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri tekan.

d) Abdomen

Abdomen mungkin masih menonjol atau membesar, terdapat luka operasi tertutup perban. Nyeri pada luka bekas operasi. Tinggi fundus uterus turun 1-2 jari setiap 24 jam, konsistensi uterus keras atau lembek. Perkusi timpani pada usus, bising usus normal

e) Genetalia

Jumlah dan jenis lochea biasanya terdapat pengeluaran lochea rubra (berwarna merah) yang menetap selama 3 hari. Berapa kali ganti pembalut dalam sehari.

f) Ekstermitas Atas : Pada pasien persalinan normal
Lingkar Lengan Atas 23 cm, tidak ada edema .
Ekstremitas bawah: Ada edema, tidak ada varises

4) VT (pemeriksaan dalam)

Untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan servik berapa, penurunan kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak (Prawirohardjo, 2010).

5) Pemeriksaan penunjang

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

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh dari suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan

dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (Setyowati, 2017).

Diagnosa yang mungkin muncul dalam asuhan keperawatan intranatal:

- a. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks (D.0079).

Definisi :

Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.

Penyebab :

- 1) Dilatasi serviks
- 2) Pengeluaran janin

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Perineum terasa tertekan

Objektif :

- 1) Ekspresi wajah meringis
- 2) Berposisi meringankan nyeri
- 3) Uterus teraba membulat

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif :

- 1) Mual
- 2) Nafsu makan menurun/meningkat

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Frekuensi nadi meningkat
- 3) Ketegangan otot meningkat
- 4) Pola tidur berubah
- 5) Fungsi berkemih berubah
- 6) Diaforesis
- 7) Gangguan perilaku

- 8) Perilaku ekspresif
- 9) Pupil dilatasi
- 10) Muntah
- 11) Fokus pada diri sendiri

b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).

Definisi :

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi ahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematian
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat
- 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain-lain)
- 12) Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 3) Sulit berkonsentrasi

Objektif

1) Tampak gelisah

2) Tampak tegang

3) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif

1) Mengeluh pusing

2) Anoreksia

3) Palpitasi

4) Merasa tidak berdaya

Objektif

1) Frekuensi napas meningkat

2) Frekuensi nadi meningkat

3) Tekanan darah meningkat

4) Diaforesis

5) Tremor

6) Muka tampak pucat

7) Suara bergetar

8) Kontak mata buruk

9) Sering berkemih

10) Berorientasi pada masa lalu

c. Gangguan eliminasi urine dibuktikan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)

Definisi :

Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

1) Penurunan kapasitas kandung kemih

2) Iritasi kandung kemih

3) Penurunan kemampuan menyadari tandatanda gangguan kandung kemih

- 4) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- 5) Kelemahan otot pelvis
- 6) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. Imobilisasi)
- 7) Hambatan lingkungan
- 8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- 9) *Outlet* kandung kemih tidak lengkap (mis. Anomali saluran kemih kongenital)
- 10) Imaturitas (pada anak usia < tahun)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- 1) Desakan berkemih (urgensi)
- 2) Urin menetes (*dribbling*)
- 3) Sering buang air kecil
- 4) Nokturia
- 5) Mengompol
- 6) *Enuresis*

Objektif :

- 1) Distensi kandung kemih
- 2) Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*)
- 3) Volume residu urin meningkat

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

(*tidak tersedia*)

Objektif :

(*tidak tersedia*)

- d. Risiko defisit volume cairan/ Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan kegagalan mekanisme regulasi (D.0034)

Definisi :

Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular

Faktor Resiko :

- 1) Kehilangan cairan secara aktif
- 2) Gangguan absorpsi cairan
- 3) Usia lanjut
- 4) Kelebihan berat badan
- 5) Status hipermetabolik
- 6) Kegagalan mekanisme regulasi
- 7) Evaporasi
- 8) Kekurangan intake cairan
- 9) Efek agen farmakologis

- e. Kesiapan Persalinan dibuktikan dengan menyatakan keinginan untuk menerapkan penatalaksanaan gejala ketidaknyamanan selama persalinan (D.0070).

Definisi :

Pola mempersiapkan, mempertahankan dan memperkuat proses kehamilan dan persalinan serta perawatan bayi baru lahir.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif

- 1) Menyatakan keinginan untuk menerapkan gaya hidup yang tepat untuk persalinan
- 2) Menyatakan keinginan untuk menerapkan penatalaksanaan gejala ketidaknyamanan selama persalinan
- 3) Menyatakan rasa percaya diri menjalani persalinan

Objektif

(tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1) Menunjukkan perilaku proaktif selama persiapan persalinan

(Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3.4 Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks (D.0079).

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil :

1. Frekuensi kontraksi uterus membaik.
2. Periode kontraksi uterus membaik.
3. Intensitas kontraksi membaik.
4. Tekanan darah membaik
5. Frekuensi nadi membaik
6. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan menurun
7. Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkatkan

Intervensi :

Manajemen Nyeri (1.08238)

1. *Observasi*

- a) Identifikasi adanya lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi berapa skala nyeri
- c) Identifikasi respon non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2. *Terapeutik*

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3. *Edukasi*

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

4. *Kolaborasi*

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kecemasan berkurang dengan kriteria hasil :

1. Verbalisasi kebingungan menurun.

2. Perilaku gelisah menurun.

3. Perilaku tegang menurun.

Intervensi :

Reduksi Ansietas (1.0314)

1. Observasi

- a) Identifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan untuk mengambil keputusan.
- c) Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

2. Terapeutik

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.
- d) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
- e) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
- f) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
- g) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

3. Edukasi

- a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, *sesuai kebutuhan*
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih teknik relaksasi

4. Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat antiasietas, *jika perlu*

- c. Gangguan eliminasi urine dibuktikan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan eliminasi membaik dengan kriteria hasil :

1. Frekuensi BAK membaik
2. Karakteristik urino membaik

Intervensi :

Manajemen Eliminasi Urine (1.04152)

1. *Observasi*

- a) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensi urine
- b) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensi urine
- c) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

2. *Terapeutik*

- a) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- b) Batasi asupan cairan, *jika perlu*
- c) Ambil sampel urine tengah (*midstream*) atau kultur

3. *Edukasi*

- a) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- b) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine
- c) Ajarkan mengambil spesimen urine *midstream*

- d) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- e) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih
- f) Anjurkan minum yang cukup, *jika tidak ada kontraindikasi*
- g) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

4. *Kolaborasi*

- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, *jika perlu*

- d. Risiko defisit volume cairan/ Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan kegagalan mekanisme regulasi (D.0034)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :

1. Frekuensi nadi membaik
2. Tekanan darah membaik
3. Tekanan nadi membaik
4. Membran mukosa membaik
5. Intake cairan membaik

Intervensi :

Manajemen Hipovolemia (1.03116)

1. *Observasi*

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- b) Monitor intake dan output cairan

2. *Terapeutik*

- a) Hitung kebutuhan cairan

b) Berikan posisi *modified trendelenburg*

c) Berikan asupan cairan oral

3. *Edukasi*

a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

4. *Kolaborasi*

a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)

b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)

d) Kolaborasi pemberian produk darah

- e. Kesiapan Persalinan dibuktikan dengan menyatakan keinginan untuk menerapkan penatalaksanaan gejala ketidaknyamanan selama persalinan (D.0070).

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kesiapan persalinan membaik dengan kriteria hasil :

1. Tekanan darah membaik
2. Frekuensi nadi membaik
3. Frekuensi napas membaik
4. Status kognitif membaik

Intervensi :

Perawatan Kenyamanan (1.08245)

1. *Observasi*

a) Identifikasi gejala-gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)

b) Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya

c) Identifikasi masalah emosional dan spiritual

2. *Terapeutik*

- a) Berikan posisi yang nyaman
- b) Berikan kompres dingin atau hangat
- c) Ciptakan lingkungan yang nyaman
- d) Berikan pemijatan
- e) Berikan terapi akupresur
- f) Berikan terapi hipnosis
- g) Dukung keluarga dan pengasuh terlihat dalam terapi pengobatan
- h) Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan

3. *Edukasi*

- a) Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan
- b) Ajarkan terapi relaksasi
- c) Ajarkan latihan pernapasan
- d) Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing

4. *Kolaborasi*

- a) Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, *jika perlu*

(Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Lakukan implementasi sesuai perencanaan yang telah ditetapkan (Kartajini, 2016).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Lakukan evaluasi yang berpacu pada tujuan keperawatan (Kartajini, 2016).

Menurut Mander (2013) Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan nyeri pada persalinan, baik secara farmakologi maupun non farmakologi. Beberapa

penanganan nyeri non farmakologi yaitu distraksi, *massage* (Metode *Effluerage*, *Kneading*, Metode *firm counter pressure*), *Abdominal lifting*, Kompres Panas Dingin, *Guided Imaginary*, Terapi Aroma, *Rangsangan Transkutaneus Terhadap Saraf Secara Elektrik*. Pada studi kasus ini penulis akan menggunakan teknik *kneading* dan teknik napas dalam.

2.4 KONSEP TEKNIK *KNEADING*

2.4.1 Definisi Teknik *Kneading*

Kneading adalah meremas menggunakan telapak tangan maupun jari-jari tangan pada bagian kulit dengan memberikan tekanan (*pressure*) pada kulit. Remasan dalam seni pijat ini sangat membantu mengurangi ketegangan otot dan sangat merilekskan (Rizqiana, 2015).

Kneading adalah memijat menggunakan tekanan yang sedang dengan sapuan yang panjang, meremas menggunakan jari-jari tangan diatas lapisan *superficial*. Dari jaringan otot berguna membantu mengontrol rasa sakit lokal dan meningkatkan sirkulasi. (Inkeles, 2017).

Teknik *kneading* merupakan teknik *massage* yang dilakukan dengan mengangkat dan menekan jaringan. *Kneading* dapat dilakukan dengan menggunakan telapak tangan dan dengan ibu jari (Barnes, 2017).

2.4.2 Fisiologi Teknik *Kneading*

Kneading adalah teknik yang menggunakan tekanan sedang dengan sapuan panjang, meremas menggunakan jari-jari tangan di atas lapisan *superficial* dari jaringan otot. Teknik *kneading* membantu mengontrol rasa sakit dan meningkatkan sirkulasi darah. Selain itu, teknik *kneading* juga bisa meningkatkan aliran darah, aliran getah bening, merangsang sistem saraf, menghilangkan rasa sakit dengan meningkatkan ambang rasa sakit, karena merangsang

peningkatan produksi hormon endorfin, meningkatkan aliran balik vena, yang akan membantu secara efektif membantu mengalirkan darah kembali ke tubuh dan jantung, serta membantu mengeluarkan asam laktat yang menumpuk di otot, sehingga membantu mempercepat pembuangan asam laktat dari darah dan otot (Felaili, 2017).

Teknik *kneading* (menekan dan melepaskan bagian tubuh) merupakan teknik yang digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan. Teknik ini dilakukan pada daerah sakrum ibu. Setiap wanita merespon secara berbeda terhadap jenis pijatan atau sentuhan yang terasa paling baik baginya. Beberapa wanita lebih suka sentuhan lembut, sementara yang lain lebih suka tekanan yang keras. Teknik *kneading* menggunakan gerakan menguleni adalah cara yang bagus untuk merangsang otot-otot dalam.

Dalam persalinan, pijat *kneading* saat kontraksi terjadi selama 30 detik pada puncaknya, posisi tidur miring ke kiri, sangat dianjurkan karena dapat membantu penurunan kepala janin. Seorang ibu yang melahirkan dalam keadaan rileks dan nyaman menghasilkan kerja otot rahim yang harmonis sehingga persalinan berjalan dengan lancar (Judha, 2012).



Gambar 2.4
Pijat Teknik *Kneading*

Sumber : (Danuatmaja dan Meiliasari, 2008)

2.4.3 Tujuan dan Manfaat Teknik *Kneading*

Massage dilakukan dengan tujuan yaitu untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi dan atau memperbaiki sirkulasi (Maryunani, 2010).

Teknik *kneading* memiliki efek mengurangi ketegangan otot dan stres sistemik dengan tujuan utama merelaksasi pikiran dan tubuh. Hal ini karena pijat merangsang tubuh untuk melepaskan endorfin yang merupakan pereda nyeri. Endorfin juga dapat menciptakan rasa nyaman. Pijatan lembut dapat membantu ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan (Danuatmaja dan Meiliasari, 2008).

2.4.4 Analisis Jurnal Tentang Teknik *Kneading*

Tabel 2.1 Analisis Jurnal Tentang Teknik *Kneading*

No.	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1.	Pengaruh Kombinasi Teknik <i>Kneading</i> Dan Relaksasi Napas Dalam Adaptasi Terhadap Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif Di Puskesmas Patingalloang Makassar	Desain : Penelitian ini menggunakan pendekatan eksperimen metode <i>post test inly group design</i> Populasi : populasi penelitian ini berjumlah 70 orang ibu bersalin di Puskesmas Patingalloang Makassar pada 8 September – 9 Desember 2020 Jumlah Sampel : sampel berjumlah 32 orang Kriteria Inklusi – ekslusi :	Hasil Uji : Hasil Penelitian ini adalah dari 16 orang (50%) yang mendapatkan pemijatan Teknik <i>Kneading</i> dan Relaksasi Napas Dalam, terdapat 8 orang (25%) mengalami penurunan tingkatan nyeri dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan, 6 orang (18,7%) orang mengalami nyeri sedang dan 2 orang (4,7%) tidak mengalami perubahan nyeri. Sedangkan yang tidak diberikan Kombinasi Teknik <i>Kneading</i> dan Relaksasi Napas	Dapat digunakan sebagai intervensi mandiri untuk tenaga kesehatan terutama perawat atau bidan .pelaksanaannya cukup mudah, membutuhkan alat seperti baby oil, dan alat ukur skala nyeri. Bahaya apabila jika tidak dilakukan dengan pijatan terlalu keras atau terlalu melakukan penekanan yang mengakibatkan klien menjadi tidak nyaman bahkan tambah nyeri. Bahaya lain jika tidak menjadi privasi klien.

			Dalam sebanyak 16 orang terdapat 10 orang (31,3%) mengalami peningkatan nyeri menjadi nyeri berat dan 6 orang (18,8%) mengalami nyeri sedang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada Pengaruh Kombinasi Teknik Kneading dan Relaksasi Napas Dalam
2.	Pengaruh Kombinasi Teknik Kneading Dan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Kala I persalinan Di Praktik Mandiri Bidan Rabiah Auhasan Palembang	Desain : Penelitian ini menggunakan pendekatan eksperimen metode <i>post test inly group design</i> Populasi : populasi penelitian ini ibu intranatal kala I fase aktif persalinan normal Jumlah Sampel : sampel berjumlah 25 orang Kriteria Inklusi – eksklusi :	Hasil Uji : Hasil Penelitian Hasil uji statistik terdapat perbedaan rata-rata <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> sebelum dilakukan intervensi didapatkan nilai mean 7,72 sedangkan sesudah diberikan intervensi mendapat nilai mean 5,44. Hasil analisa data menggunakan <i>paired t-test</i> diperoleh $p= 0,000$ ($p<0,05$) yang berarti ada pengaruh kombinasiteknik kneading dan relaksasi napas dalam terhadap intensitas nyeri kala I persalinan

2.4.5 Prosedur Teknik *Kneading*

Prosedur :

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 :
 - a) Sarung tangan bersih, *jika perlu*

2.5 KONSEP TERAPI NAPAS DALAM

2.5.1 Definisi Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (S. Utami, 2016).

2.5.2 Tujuan dan Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan Teknik relaksasi napas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas (S. Utami, 2016).

2.5.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri

Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme yaitu (Smeltzer dan Bare , 2002):

2.5.3.1 Dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan sikemik.

2.5.3.2 Teknik relaksasi napas dalam dipercaya mampu merangsang otot tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. (S. Utami, 2016).

2.5.4 Jenis Relaksasi

Ada beberapa jenis cara yang dapat dilakukan dalam melakukan relaksasi, menurut Trullyen (2013), dibagi menjadi lima yaitu:

2.5.4.1 Posisi relaksasi dengan terlentang Letakkan kaki terpisah satu sama lain dengan jari-jari kaki agak meregang lurus kearah luar, letakkan pada lengan pada sisi tanpa menyentuh sisi tubuh, pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang dan gunakan bantal yang tipis dan kecil di bawah kepala.

2.5.4.2 Posisi relaksasi dengan berbaring Berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.

2.5.4.3 Posisi relaksasi dengan keadaan berbaring terlentang Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan disamping telinga.

2.5.4.4 Posisi relaksasi dengan duduk Duduk dengan seluruh punggung bersandar pada kursi, letakkan kaki pada lantai, letakkan kaki terpisah satu sama lain, gantungkan lengan pada sisi atau letakkan pada lengan kursi dan pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang (Rahmawati, 2018).

2.5.5 Analisis Jurnal Tentang Teknik Relaksasi Napas Dalam

Tabel 2.2 Analisis Jurnal Tentang Teknik Relaksasi Napas Dalam

No.	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1.	Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap respon nyeri pada ibu inpartu kala I fase aktif di Puskesmas Bahu Kota	Desain penelitian: Rancangan yang digunakan yaitu rancangan quasi eksperimen dan pendekatan one group pretest – posttest. Populasi	Hasil Uji Statistik <i>Wilcoxon signed rank test</i> dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$) dan diperoleh <i>p value</i>	Dapat digunakan sebagai intervensi mandiri untuk tenaga kesehatan terutama perawat atau bidan .pelaksanaannya cukup mudah, tidak membutuhkan membutuhkan alat. Bahaya tidak ada.

	Manado (2017)	<p>dalam penelitian ini adalah seluruh ibu inpartu di Puskesmas Bahu Kota Manado, pada bulan Juli-September 2016 berjumlah 120 orang. Pada penelitian ini pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik <i>accidental sampling</i>. Teknik pengambilan Sampel menggunakan <i>accidental sampling</i> dengan jumlah sampel sebanyak 26 orang.</p>	<p>0,000 < 0,05. Kesimpulan yaitu adanya Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Respon Nyeri Pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif di Puskesmas Bahu Kota Manado.</p>	
2.	Aplikasi relaksasi napas dalam terhadap nyeri dan lamanya persalinan kala I ibu bersalin di rumah bersalin kota Bandar Lampung (2019)	<p>Jenis penelitiannya kuantitatif dengan desain <i>Quasi Experimen</i> dengan menggunakan kelompok kontrol. Sampel dalam penelitian berjumlah 64 responden, terdiri dari 32 responden kelompok intervensi dan 32 responden kelompok kontrol. Instrumen yang digunakan mengukur skala nyeri menggunakan VAS, lembar observasi untuk lamanya kala I dan kuesioner karakteristik responden.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi dengan rasa nyeri persalinan kala I dengan <i>p value</i> 0,000 (<i>p value</i> < 0,05). Ada pengaruh teknik relaksasi terhadap lamanya persalinan kala I dengan <i>p value</i> 0,000 (<i>p value</i> < 0,05)</p>	<p>Dapat digunakan sebagai intervensi mandiri untuk tenaga kesehatan terutama perawat atau bidan .pelaksanaannya cukup mudah, tidak membutuhkan alat. Bahaya tidak ada.</p>

		Analisis data menggunakan Uji <i>t-independent</i>		
--	--	--	--	--

2.5.6 Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

Prosedur :

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 :
 - a) Sarung tangan bersih, *jika perlu*
 - b) Kursi dengan sandaran, *jika perlu*
 - c) Bantal
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan, *jika perlu*
6. Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman
7. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, *jika memungkinkan*
8. Berikan posisi yang nyaman (misal dengan duduk bersandar atau tidur)
9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
10. Latih melakukan teknik napas dalam :
 - 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 perlahan
 - d) Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik
11. Monitor respons pasien selama melakukan prosedur
12. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
13. Lepaskan sarung tangan
14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah