BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu periode ketika janin berkembang di dalam rahim perempuan, dimulai dari proses pembuahan antara spermatozoa dan ovum yang kemudian diikuti oleh nidasi atau implantasi. Secara umum, kehamilan berlangsung selama sekitar 40 minggu atau lebih dari sembilan bulan, dihitung sejak hari pertama haid terakhir hingga terjadinya persalinan. Selama masa kehamilan, perempuan dapat mengalami berbagai perubahan fisik maupun emosional sebagai akibat dari proses fisiologis yang terjadi (Muzayyana et al.,2024). Proses kehamilan dibagi menjadi tiga trimester. Trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua berlangsung dari minggu ke-13 sampai minggu ke-27, dan trimester ketiga berlangsung dari minggu ke-28 sampai minggu ke-40 (Dartanti et al., 2023).

2.1.2 Adaptasi Fisiologis Pada Kehamilan

Adaptasi fisiologis pada kehamilan menurut Ameliah (2023) yaitu sebagai berikut:

1. Sistem Reproduksi
    a. Uterus

        Selama kehamilan, rahim mengalami perubahan dari sebesar buah pir hingga beratnya menjadi 1000 gram. Salah satu perubahan anatomi yang paling jelas adalah pembesaran uterus. Pertumbuhan dan perkembangan jaringan yang tidak normal disebut hipertrofi dan hiperplasia. Kontraksi braxton hicks, juga dikenal sebagai his palsu atau kontraksi uterus palsu, sering terjadi pada minggu-minggu akhir kehamilan.

    b. Vagina

        Karena perubahan yang terjadi pada dinding vagina, mukosa vagina. Tujuannya adalah untuk menghentikan perkembangan bakteri yang dapat menyebabkan penyakit.

    c. Serviks

        Prostaglandin mempengaruhi penurunan konsentrasi serabut kolagen serviks di minggu-minggu akhir kehamilan. Leher rahim menjadi halus, serta pembukaan leher rahim menjadi lebih mudah.

    d. Ovarium

        Plasenta mengambil alih produksi progesteron dan estrogen dari ovarium ketika memasuki usia kehamilan enam belas

minggu. Selama periode ini, ovarium beristirahat atau tenang. Siklus menstruasi tidak terjadi, ovulasi tidak terjadi, susunan dan perkembangan folikel tidak terjadi, dan kemajuan utama yang terlihat hanya korpus luteum.

e. Payudara / mammae

Terdapat perubahan pada payudara disebabkan oleh pembentukan lobulus dan pertumbuhan jaringan alveoli, peningkatan suplai darah karena perubahan hormon plasenta esterogen dan progesteron, dan pengeluaran kolostrum, yang merupakan cairan kental dan kuning. Areola mamae dan puting susu mengalami hiperpigmentasi. Puting susu yang menonjol dan keras tampak kehitaman.

2. Sistem Kardiovaskuler

Meningkatnya kebutuhan darah, dan peningkatan hormon estrogen dan progesteron adalah faktor-faktor yang mempengaruhi peredaran darah wanita hamil. Penurunan konsentrasi hemoglobin hingga di bawah 11 gr/dl dapat disebabkan oleh hemodilusi, yang menyebabkan anemia defisiensi zat besi. Pada trimester III, ada peningkatan monosit dan peningkatan granulosit dan limfosit. Jumlah leukosit meningkat selama kehamilan sekitar 5000 dan 12.000, dengan puncaknya pada saat persalinan dan pasca salin yaitu 14000 dan 16000.

3. Sistem pernapasan

   Dengan pertumbuhan ukuran uterus di dalam rongga abdomen, gerakan diafragma semakin terbatas. Saat usia kehamilan 30 minggu, volume aliran serta ventilasi bertambah setiap menit, dan pengambilan oksigen setiap saat mencapai puncak pada rentang usia kehamilan 37 minggu. Kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat 20%, yang menyebabkan mereka bernafas lebih dalam dan panjang.

4. Sistem urinaria

   Metabolisme air menjadi lebih lancar saat kepala janin turun dan masuki bagian pintu atas panggul, yang menekan vesica urinaria dan meningkatkan berkemih. Akibat estrogen dan progesteron, pembesaran ureter dan kekuatan otot saluran kemih berkurangan. Laju filtrasi meningkat ketika orang kencing lebih sering.

5. Sistem Muskuloskeletal

   Pertumbuhan janin yang semakin besar menyebabkan perubahan postur tubuh secara bertahap. Pergerakan uterus ke arah anterior menggeser pusat gravitasi tubuh sehingga meningkatkan kurva lumbal (lordosis). Selain itu, peningkatan berat badan menyebabkan bahu tertarik ke belakang, tulang belakang menjadi lebih melengkung, serta terjadi perubahan pada posisi dada dan bahu. Perubahan biomekanik tersebut meningkatkan beban dan ketegangan pada otot serta ligamen di daerah lumbal,

sehingga dapat menyebabkan atau memperberat nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester III.

6. Sistem Pencernaan

   Jika motilitas atau peristaltik gastrointestinal berkurang, serapan zat makanan mungkin bertambah besar, yang bisa menyebabkan konstipasi. Pengaruh hormon progesterone yang meningkat menyebabkan konstipasi. Penurunan asam lambung dapat menyebabkan sakit perut.

7. Kulit

   Striae gravidarum adalah garis gelap berwarna hitam kecoklatan yang mengikuti garis di perut yang disebut linea nigra, yang berukuran bervariasi. Chloasma, juga dikenal sebagai melasma gravidarum, adalah hiperpigmentasi pada wajah dan leher yang akan berkurang dan hilang setelah persalinan.

2.1.3 Adaptasi Psikologi Dalam Kehamilan

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat ini pula wanita akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya. Perubahan psikologis selama masa kehamilan menurut Sam et al., (2025) , yaitu:

1. Trimester Pertama

   Pada trimester pertama, ibu hamil umumnya mengalami perasaan yang bercampur antara bahagia, cemas, ragu, dan takut dalam menghadapi peran baru sebagai seorang ibu. Perubahan

hormon selama kehamilan dapat memengaruhi kestabilan emosi sehingga ibu menjadi lebih sensitif, mudah tersinggung, mengalami perubahan suasana hati, serta merasa khawatir terhadap kondisi kehamilan dan perubahan bentuk tubuh. Kemampuan ibu dalam beradaptasi terhadap perubahan tersebut dipengaruhi oleh penerimaan terhadap kehamilan, di mana kehamilan yang direncanakan cenderung memudahkan proses penyesuaian psikologis. Seiring bertambahnya usia kehamilan, ibu umumnya mulai menerima kehamilannya dan mempersiapkan diri untuk menghadapi persalinan serta peran sebagai orang tua. Oleh karena itu, dukungan psikologis dan pemenuhan kebutuhan emosional ibu selama kehamilan sangat penting untuk menjaga kesejahteraan ibu dan mendukung tumbuh kembang janin secara optimal.

2. Trimester Kedua

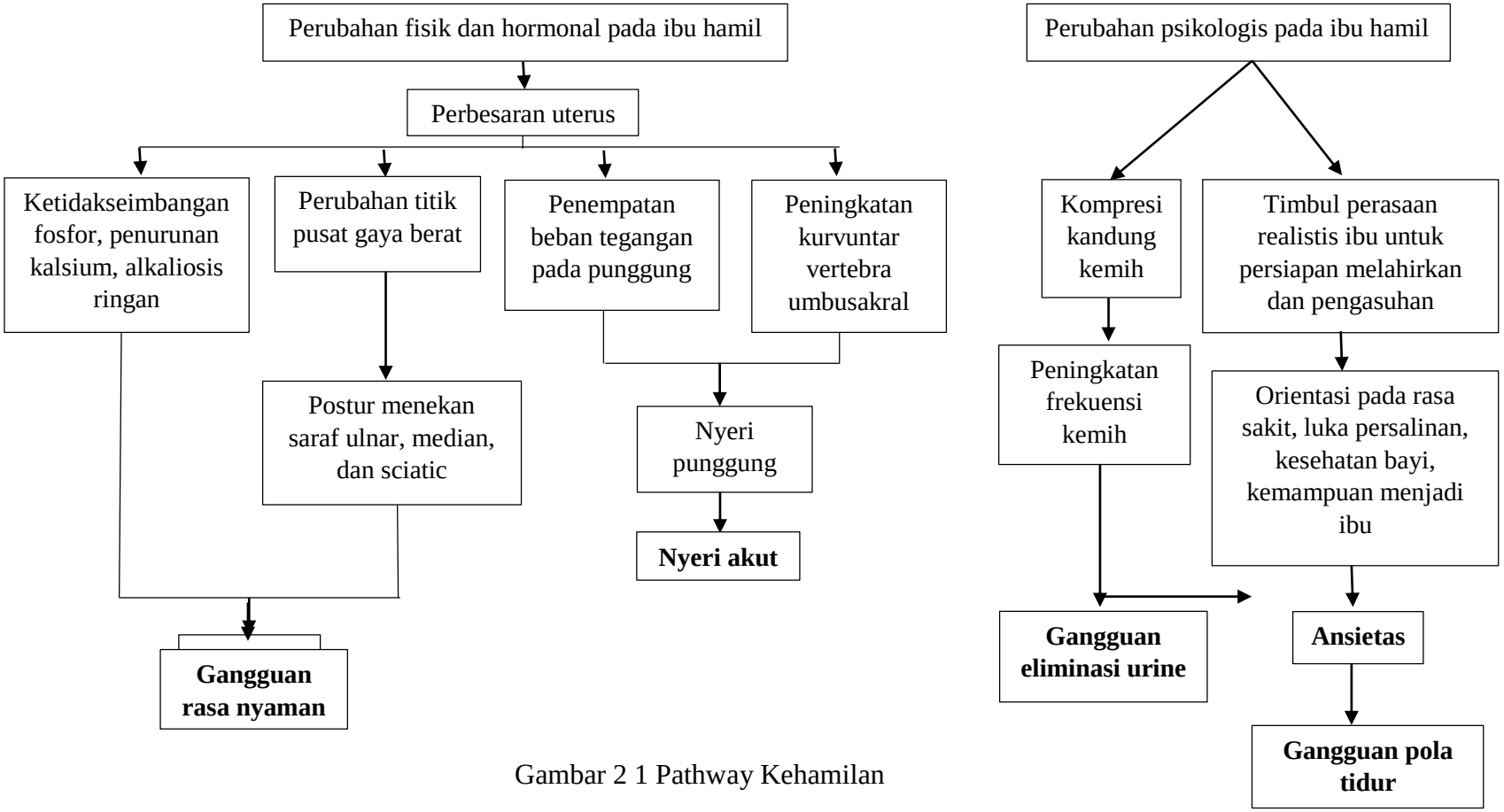
   Pada trimester kedua kehamilan, ibu umumnya mulai merasa lebih siap menjalani peran sebagai seorang ibu dan lebih percaya diri dalam menghadapi proses kehamilan. Ibu juga mulai merasakan gerakan janin (quickening), sehingga perhatian dan keterikatannya terhadap janin semakin meningkat. Pemeriksaan kehamilan, seperti ultrasonografi, dapat memberikan informasi mengenai kondisi dan perkembangan janin, namun pada beberapa ibu dapat menimbulkan kekhawatiran terkait kesehatan janin, proses persalinan, serta kesiapan menghadapi kelahiran.

Oleh karena itu, dukungan emosional, informasi yang adekuat, serta kemampuan adaptasi yang baik sangat diperlukan untuk membantu ibu menjalani kehamilan trimester kedua secara optimal.

3. Trimester Ketiga

   Pada trimester ketiga kehamilan, ibu mulai menerima perannya sebagai seorang ibu dan mempersiapkan diri menghadapi persalinan serta pengasuhan anak. Meskipun demikian, ibu juga dapat mengalami berbagai ketidaknyamanan fisik, seperti sulit menemukan posisi tidur yang nyaman, sering berkemih, serta peningkatan kecemasan menjelang persalinan. Kekhawatiran yang sering muncul meliputi rasa takut terhadap nyeri persalinan, kemampuan merawat bayi, serta kemungkinan terjadinya komplikasi saat melahirkan. Tingkat kecemasan ibu dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti pengetahuan, pengalaman, kondisi psikologis, status ekonomi, dan dukungan keluarga. Informasi yang benar mengenai kehamilan dan persalinan dapat membantu ibu merasa lebih percaya diri dan siap menghadapi proses kelahiran. Oleh karena itu, dukungan emosional, edukasi kesehatan, dan lingkungan yang kondusif sangat diperlukan untuk membantu ibu menjalani trimester ketiga dengan lebih tenang dan nyaman.

2.1.4 Pathway Kehamilan



Gambar 2 1 Pathway Kehamilan

2.2 Konsep Nyeri Pungung Bawah Pada Ibu Hamil Kehamilan Trimester III

2.2.1 Definisi Nyeri Pungung Bawah Kehamilan Trimester III

Nyeri diuraikan sebagai sensasi tidak menyenangkan yang terasa jika ujung saraf tertentu (nosireseptor) terstimulasi. Nyeri bersifat unik dan subjektif, terdiri dari sensasi fisiologis dan respons emosi. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental dan emosional dari individu (Ningtyas et al., 2023).

Nyeri punggung bawah dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat keparahannya menjadi nyeri ringan, sedang, dan berat. Nyeri punggung bawah ringan biasanya ditandai dengan rasa pegal atau kaku yang tidak terlalu mengganggu aktivitas sehari-hari. Rasa nyeri ini umumnya bersifat sementara dan dapat mereda dengan istirahat, peregangan ringan, atau perubahan posisi tubuh. Pada tingkat sedang, nyeri punggung bawah mulai terasa lebih mengganggu dan dapat membatasi gerakan atau aktivitas tertentu. Nyeri bisa terasa seperti tekanan yang dalam. Sementara itu, nyeri punggung bawah berat ditandai dengan rasa sakit menusuk. Kondisi ini bisa disertai

kelemahan pada tungkai, dan sering kali mengganggu aktivitas harian secara signifikan (Ningtyas et al., 2023)

2.2.2 Etiologi Nyeri Punggung Bawah Kehamilan Trimester III

Beberapa penyebab yang menimbulkan nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester III menurut Saraha (2021) adalah sebagai berikut:

1. Pertambahan berat badan yang signifikan

   Pada kehamilan trimester II dan III, peningkatan massa janin dan jaringan maternal menyebabkan pergeseran posisi tubuh sehingga sudut lordotik tulang belakang meningkat. Perubahan postur ini berkontribusi pada nyeri punggung bawah melalui penurunan mobilitas dan fleksibilitas lumbal.

2. Pembesaran uterus

   Pembesaran uterus sejak awal kehamilan dipengaruhi oleh kenaikan kadar estrogen dan progesteron. Pembesaran tersebut meningkatkan tekanan pada otot paraspinal dan memperkuat lordosis lumbal, yang berpotensi menimbulkan keluhan nyeri punggung bawah.

3. Peregangan berulang dan perubahan payudara

   Pembesaran payudara selama kehamilan dapat memicu ketegangan otot dan kelelahan postural, terutama saat mengangkat beban, sehingga memicu posisi tubuh membungkuk. Selain itu, peningkatan relaksin menyebabkan

pelunakan kartilago pada sendi besar dan meningkatkan lordosis, yang berkontribusi pada nyeri punggung bawah.

4. Peningkatan hormon ligament

   Fluktuasi hormon kehamilan khususnya relaksin, estrogen, dan progesteron berkaitan dengan peningkatan kelonggaran ligamen dan mobilitas pada sendi sakroiliaka serta sakrokoksigeal. Kombinasi perubahan hormonal dan postural ini meningkatkan risiko nyeri punggung bagian bawah.

5. Kurangnya aktivitas fisik

   Ibu hamil yang jarang melakukan aktivitas fisik berisiko mengalami pelemahan otot-otot penopang panggul dan punggung bawah. Kondisi muskuloskeletal yang melemah tersebut mempermudah timbulnya nyeri punggung.

2.2.3 Patofisiologi Nyeri Punggung Bawah Pada Kehamilan Trimester III

Ketidakseimbangan antara otot-otot anterior dan posterior di wilayah lumbal berperan penting dalam timbulnya nyeri punggung bawah selama kehamilan. Pada trimester III, perubahan postural yang dipicu oleh peningkatan beban anterior menyebabkan pembesaran sudut lordotik sehingga menurunkan mobilitas dan fleksibilitas lumbal, yang pada gilirannya memicu keluhan nyeri (Sulastri et al., 2022).

Selain itu, wanita hamil mengalami penambahan berat badan dan pembesaran uterus sebagai konsekuensi tekanan mekanis

internal pada dinding rahim saat janin berkembang. Perubahan anatomi dan beban ini mengubah pola postur dan gait; apabila wanita berjalan dengan kecenderungan mendekatkan pusat massa ke belakang tanpa koreksi postur, timbul hiperlordosis yang meregangkan otot-otot punggung bawah dan menghasilkan nyeri (Sulastri et al., 2022).

2.2.4 Tanda Dan Gejala Nyeri Punggung Bawah Kehamilan Trimester III

Ibu hamil sering melaporkan nyeri yang dirasakan di area panggul, sepanjang tulang belakang, dan pada daerah antara anus dan vagina. Keterbatasan ruang gerak pada segmen lumbal memperburuk keluhan ini, sehingga nyeri punggung bawah cenderung meningkat saat melakukan fleksi tubuh ke depan. Aktivitas seperti berjalan, menaiki tangga, berdiri dengan satu kaki, atau bangun dari posisi berbaring biasa memicu atau memperkuat sensasi nyeri tersebut (Anggraini et al., 2022).

Nyeri terkait kehamilan dapat muncul sejak trimester awal dan intensitasnya meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Pada trimester pertama, peningkatan kadar hormon relaksin menyebabkan relaksasi ligamen yang menambatkan struktur-struktur tulang belakang. Selanjutnya, pembesaran uterus seiring pertumbuhan janin menambah beban mekanik pada tulang belakang, sehingga berkontribusi pada timbulnya atau memburuknya nyeri punggung bawah (Anggraini et al., 2022).

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Nyeri Punggung Bawah Kehamilan Trimester III

Berbagai faktor dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada daerah lumbal selama kehamilan, antara lain perubahan postur dan fluktuasi hormonal. Perubahan hormonal yang memengaruhi komponen matriks ekstraseluler dan jaringan ikat penopang menyebabkan penurunan elastisitas dan fleksibilitas otot, sehingga ibu hamil lebih sering mengeluhkan ketidaknyamanan pada punggung bawah. Di samping itu, aktivitas fisik yang berlebihan atau teknik yang tidak tepat saat berolahraga (mis. membungkuk, berjongkok, menaiki tangga, mengangkat beban berat) dapat memperburuk postur sehingga meningkatkan risiko nyeri lumbal (Anggraini et al., 2022).

Efek hormonal yang mengakibatkan relaksasi ligament menyebabkan pelvis bergeser anterior secara bertahap. Kondisi hiperekstensi lumbar yang timbul kemudian dapat menyebabkan peningkatan kontak dan gesekan antarsegmen tulang belakang. Kedua permukaan tersebut menanggung beban secara tidak merata, yang berkontribusi pada munculnya dan perburukan nyeri punggung bawah (Anggraini et al., 2022).

2.2.6 Komplikasi Nyeri Punggung Bawah Pada Kehamilan Trimester III

Nyeri punggung bawah pada trimester III dapat menimbulkan sejumlah komplikasi fungsional dan kesehatan. Gejala yang berat

dapat menyebabkan kesulitan berjalan dan penurunan mobilitas, sehingga menghambat kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari seperti berkendara, merawat anak, dan bekerja. Gangguan tidur (insomnia) akibat nyeri kronis dapat memperburuk kelelahan maternal dan menurunkan kualitas hidup. Selain itu, pada kasus tertentu nyeri lumbal yang parah dapat berkaitan dengan kerusakan saraf yang mempengaruhi fungsi vesika urinaria, sehingga meningkatkan risiko terjadinya inkontinensia urin (Robaniyah et al., 2024)

2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri Punggung Bawah Kehamilan Trimester III

Cara untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu hamil (Kaziba, 2024) ialah:

1. Melakukan senam hamil secara rutin.

   Senam hamil bermanfaat untuk memperkuat otot punggung dan panggul serta meningkatkan fleksibilitas tubuh sehingga dapat membantu mengurangi nyeri punggung bawah. Contohnya, ibu hamil dapat mengikuti senam hamil selama 30 menit sebanyak 2–3 kali dalam seminggu sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan.
2. Melakukan pemijatan atau usapan pada area punggung bawah yang terasa nyeri.

   Pemijatan ringan dapat membantu merelaksasikan otot yang tegang dan meningkatkan sirkulasi darah pada area yang mengalami nyeri. Contohnya, suami atau anggota keluarga dapat memberikan usapan

lembut pada punggung bawah selama 10–15 menit menggunakan teknik pijatan ringan.

3. Menjaga postur tubuh yang baik.

   Postur tubuh yang benar dapat mengurangi tekanan pada tulang belakang dan mencegah bertambahnya nyeri punggung bawah selama kehamilan. Contohnya, ibu dianjurkan untuk duduk dengan punggung tegak, menghindari berdiri terlalu lama, menggunakan alas kaki yang nyaman, serta tidur dengan posisi miring ke kiri menggunakan bantal penyangga.

4. Melakukan kompres hangat.

   Kompres hangat merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi ketegangan otot, dan memberikan rasa nyaman pada area yang nyeri. Jenis kompres hangat yang dapat digunakan antara lain kompres hangat kering (heating pad atau botol berisi air hangat), kompres hangat lembap (handuk hangat), dan kompres hangat herbal seperti kompres hangat air jahe yang mengandung senyawa aktif bersifat antiinflamasi dan analgesik. Contohnya, ibu dapat melakukan kompres hangat air jahe pada area punggung bawah selama 15–20 menit sebanyak satu kali sehari atau sesuai anjuran tenaga kesehatan.

2.3 Konsep Penilaian Intensitas Nyeri

Penilaian intensitas nyeri menurut Eliza et al., (2025) yang digunakan untuk menentukan tingkat keparahan nyeri yang dirasakan yaitu:

1. *Verbal Descriptor Scale (VDS).*

   VDS adalah sebuah garis yang terdiri dari tiga hingga lima kata deskriptif, yang tersusun secara berurutan di sepanjang garis tersebut. Skala ini dirancang untuk menilai tingkat nyeri, mulai dari "tidak terasa nyeri" hingga "nyeri yang sangat tidak tertahankan". Dalam praktiknya, perawat akan menunjukkan skala ini kepada pasien dan meminta mereka untuk memilih tingkat nyeri yang paling sesuai dengan pengalaman yang mereka rasakan saat ini. Selain itu, perawat juga akan menanyakan seberapa intens nyeri yang dirasakan oleh subjek, baik yang paling menyakitkan maupun yang paling ringan. Dengan menggunakan VDS (*Visual Pain Scale*), subjek dapat lebih mudah dalam memilih dan mendeskripsikan tingkat nyeri yang mereka alami.

   Berikut merupakan tabel Skala *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

   Tabel 2.1 Skala Verbal Descriptor Scale (VDS)

Skore	Deskripsi
0	Tanpa rasa nyeri
1	Rasa sakit ringan
2	Rasa sakit yang tidak nyaman
3	Rasa sakit yang menyiksa
4	Rasa sakit yang sangat mengerikan
5	Rasa sakit yang sangat ekstrem

Sumber: Eliza et al., (2025)

2. Skala Analog Visual (VAS)

   VAS adalah skala linier yang menggambarkan intensitas nyeri secara berkelanjutan. Dengan menggunakan skala ini, subjek memiliki

kebebasan untuk menilai tingkat nyeri yang mereka alami. VAS berfungsi sebagai alat untuk mengukur keparahan nyeri dengan sensitivitas yang lebih tinggi, karena subjek dapat menandai setiap titik pada skala yang disediakan, tanpa harus terikat pada satu kata tertentu. Berikut adalah penjelasan mengenai intensitas nyeri yang dapat digambarkan:

Berikut merupakan gambar Skala Analog Visual (VAS)



Sumber: Eliza et al., (2025)

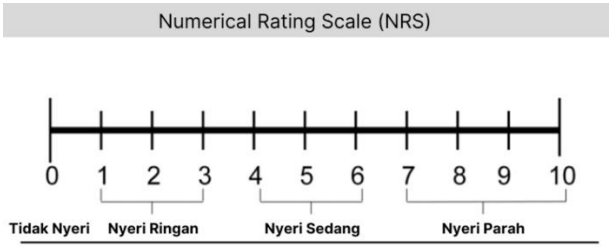
Gambar 2 2 Skala Analog Visual (VAS)

Skala nyeri dapat dijelaskan melalui berbagai tingkatan yang berbeda. Pada skala 0, seseorang tidak merasakan nyeri sama sekali. Kemudian, pada skala 1 hingga 3. nyeri dirasakan dengan sensasi yang mirip dengan gatal, kesetrum, nyut-nyutan, melilit, seolah dipukul, perih, atau mules. Pada skala 4 hingga 6, nyeri semakin jelas terasa dalam bentuk kram, kaku, atau tertekan, yang disertai kesulitan bergerak serta sensasi terbakar atau seperti ditusuk-tusuk. Masuk ke skala 7 hingga 9, nyeri mencapai intensitas yang sangat tinggi, meskipun individu masih dapat mengelolanya. Terakhir, skala 10 menggambarkan nyeri yang sangat parah dan tak tertahankan. Dalam Visual Analog

Scale (VAS), sisi kiri mencerminkan "tidak ada rasa nyeri," sementara sisi kanan menunjukkan "nyeri yang paling berat."

3. Skala Penilaian Numerik (NRS)

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan skala nyeri yang berkisar antara angka 0 hingga 10. Angka 0 menunjukkan tidak adanya nyeri, sementara angka 1 hingga 2 mencerminkan nyeri ringan. Angka 4 hingga 6 menggambarkan nyeri dengan tingkat sedang, dan angka 7 hingga 10 menunjukkan adanya nyeri yang berat. Oleh karena itu, penulis akan menggunakan skala *Numeric Rating Scale* (NRS) sebagai alat ukur dalam penelitian ini. Berikut adalah rincian kategori skala nyeri:



Sumber: Eliza et al., (2025)

Gambar 2 3 Skala Penilaian Numerik (NRS)

Keterangan:

a. Skala 0: Tidak ada keluhan nyeri, sepenuhnya bebas dari rasa sakit.
b. Skala 1-3: Nyeri mulai terasa, namun masih dapat ditahan, termasuk dalam kategori nyeri ringan.
c. Skala 4-6: Rasa nyeri yang cukup mengganggu dan memerlukan usaha untuk ditahan ini dikategorikan sebagai nyeri sedang.

d. Skala 7-10: Rasa nyeri yang sangat mengganggu dan sulit untuk ditahan, sering kali membuat seseorang meringis, menjerit, atau teriak, termasuk dalam kategori nyeri berat.

4. Skala Penilaian Nyeri *Wong-Baker FACES*

Skala ini menampilkan enam wajah kartun yang menggambarkan beragam ekspresi emosi. Dimulai dengan wajah tersenyum yang melambangkan ketidakadaan rasa nyeri, skala ini secara bertahap menunjukkan wajah-wajah yang semakin kurang bahagia, hingga mencapai wajah yang sangat sedih, dan akhirnya berakhir pada wajah yang mencerminkan ketakutan yang mendalam. Dengan susunan ini, skala ini memberikan gambaran tentang rentang pengalaman nyeri, mulai dari yang ringan hingga yang sangat menyakitkan.

Berikut merupakan gambar skala penilaian nyeri *wong-baker FACES*



Gambar 2 4 Skala Penilaian Nyeri *Wong-Baker FACES*

Skala nyeri ini sering diterapkan pada anak-anak yang menghadapi kesulitan atau memiliki keterbatasan dalam berkomunikasi secara verbal. Dalam pendekatan ini, para pasien dijelaskan tentang berbagai ekspresi wajah yang menggambarkan tingkat rasa nyeri. Mereka kemudian diminta untuk memilih ekspresi yang paling mencerminkan rasa nyeri yang mereka rasakan.

2.4 Konsep Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman

2.4.1 Pengertian Gangguan Rasa Nyaman

Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.4.2 Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) penyebab gangguan rasa nyaman adalah sebagai berikut:

1. Gejala penyakit
2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
3. Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan
4. Kurangnya privasi
5. Gangguan stimulus lingkungan
6. Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, dan kemoterapi)
7. Gangguan adaptasi kehamilan

2.4.3 Data Mayor dan Data Minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) data mayor dan data minor gangguan rasa nyaman adalah sebagai berikut:

1. Gejala dan Tanda Mayor
    a) Subjektif: mengeluh tidak nyaman
    b) Objektif: gelisah

2. Gejala dan Tanda Minor
    a) Subjektif: mengeluh sulit tidu, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah
    b) Objektif: menunjukan gejala distres, tampak merintih atau menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas

2.4.3 Kondisi Klinis Terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) kondisi klinis gangguan rasa nyaman adalah sebagai berikut:

1. Penyakit kronis
2. Keganasan
3. Distress psikologis
4. Kehamilan

2.5 Konsep Kompres Hangat Air Jahe

2.5.1 Pengertian Kompres Hangat Air Jahe

Kompres hangat merupakan intervensi nonfarmakologis yang sering digunakan untuk mengurangi nyeri sendi. Penerapan panas lokal meningkatkan temperatur jaringan dan aliran darah setempat, yang dapat menekan mediator inflamasi seperti prostaglandin dan histamin sehingga menurunkan sensasi nyeri. Bukti menunjukkan bahwa kompres hangat efektif dalam mengurangi nyeri (Rohmawati et al., 2025). Kompres berbahan jahe merupakan bentuk terapi

nonfarmakologis lain yang digunakan untuk mereduksi nyeri. Efek analgesiknya diduga terkait dengan senyawa aktif seperti gingerol, serta sensasi hangat yang ditimbulkannya yang menyebabkan vasodilatasi lokal dan peningkatan perfusi jaringan. Peningkatan aliran darah tersebut memperbaiki suplai nutrisi dan oksigen ke jaringan yang nyeri, sehingga membantu mengurangi keluhan nyeri sendi (Anggraini et al., 2022).

2.5.2 Tujuan dan Manfaat Kompres Hangat Air Jahe

Tujuan dari kompres hangat air jahe adalah untuk memperlancar mengurangi nyeri, peredaran darah, memberikan kehangatan, kenyamanan, ketenangan pada ibu, memperlancar pengeluaran eksudat, dan merangsang gerak peristaltic usus (Rohmawati et al., 2025). Kompres hangat dengan jahe dapat mengurangi nyeri karena jahe memiliki kandungan enzim siklo-oksigenase. Selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana dapat meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah (Agustina et al., 2023).

Kompres hangat air jahe memiliki banyak manfaat terutama dalam mengurangi nyeri, karena jahe memiliki sifat anti inflamasi dan dapat meningkatkan sirkulasi darah. Beberapa manfaat kompres hangat air jahe adalah mengurangi nyeri sendi, mengurangi nyeri otot, mengurangi pembengkakan, mengurangi kelenturan pada sendi. Selain itu, kompres hangat air jahe juga dapat memberikan

rasa hangat yang membantu tubuh menjadi lebih rileks (Safitri et al., 2025).

2.5.3 Indikasi Kompres Hangat Air Jahe

Kompres hangat dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi dan aliran darah. Sirkulasi dan aliran darah yang lancar mampu menenangkan dan mengatasi rasa sakit pada bagian tubuh. Secara umum, kompres hangat air jahe ini dapat mengatasi beberapa keluhan yaitu ibu hamil nyeri punggung bawah, pasien yang kedinginan (suhu tubuh yang rendah, pasien dengan keluhan perut kembung dapat pula memiliki kondisi peradangan, termasuk peradangan pada sendi seperti osteoartritis, rheumatoid arthritis, dan gout arthritis. Selain itu, keluhan tersebut dapat disertai dengan keram otot sebagai bagian dari respons tubuh terhadap proses inflamasi atau gangguan lain yang mendasarinya (Efriana et al., 2023)

2.5.4 Kontraindikasi Kompres Hangat Air Jahe

Kompres hangat air jahe tidak boleh diberikan kepada seseorang yang memiliki kulit yang tipis karena akan sangat beresiko mengalamai luka bakar saat diberikan kompres. Kompres hangat juga tidak boleh diberikan kepada seseorang yang mengalami luka terbuka, oedema atau pembengkakan dan cidera tulang. Apabila seseorang yang memiliki kontra indikasi tersebut diberikan kompres hangat, maka dapat memperburuk keadaan seseorang

tersebut. Kontra indikasi kompres hangat pada ibu hamil sama dengan indikasi pada orang secara umum (Efriana et al., 2023).

2.5.5 Mekanisme Kompres Hangat Air Jahe

Pemberian kompres air hangat adalah intervensi keperawatan yang sudah lama di aplikasikan oleh perawat, kompres air hangat dianjurkan untuk menurunkan nyeri karena dapat meredakan nyeri, meningkatkan relaksasi otot, meningkatkan sirkulasi, meningkatkan relaksasi psikologis, dan memberi rasa nyaman, bekerja sebagai counteriritan (Febriyona., 2024). Pada tahap fisiologis kompres hangat menurunkan nyeri lewat tranmisi dimana sensasi hangat pada pemberian kompres dapat menghambat pengeluaran mediator inflamasi seperti sitokinin pro inflamasi, kemokin, yang dapat menurunkan sensitivitas nosiseptor yang akan meningkatkan rasa ambang pada rasa nyeri sehingga terjadilah penurunan nyeri (Wahid, 2021).

Pada jahe seringkali digunakan untuk menurunkan nyeri sendi karena kandungan gingerol dan shoagol. Pada tahapan fisiologis nyeri, kompres hangat rebusan jahe menurunkan nyeri sendi dengan tahap transduksi, dimana pada tahapan ini jahe memiliki kandungan gingerol yang bisa menghambat terbentuknya prostaglandin sebagai mediator nyeri, sehingga dapat menurunkan nyeri (Wahid, 2021). Untuk membuat kompres hangat air jahe, panaskan 250 ml air dan campurkan 100 gram jahe yang sudah dikupas dan diparut diatas kompor sampai mendidih kira kira suhu 40- 50ºC, tuangkan air

tersebut kedalam baskom. lalu masukan handuk kecil ke dalam air hangat tersebut kemudian tunggu selama ±1–2 menit agar panas terserap secara merata sebelum handuk di peras, melakukan pengompresan pada daerah punggung bawah yang mengalami nyeri, pengompresan dilakukan selama 15 menit, diberikan 1 hari 1 kali (Retni et al ., 2024). Pemberian kompres hangat air jahe pada lokasi nyeri terutama pada otot-otot lumbo dorsal terutama otot erector spine pada L4 dan L5 dilakukan selama 15 menit karena durasi tersebut dinilai efektif untuk memberikan efek terapeutik berupa vasodilatasi pembuluh darah, peningkatan sirkulasi darah, relaksasi otot, serta penurunan persepsi nyeri. Durasi 15 menit juga dianggap aman untuk mencegah terjadinya kerusakan jaringan akibat paparan panas yang terlalu lama (Widya et al., 2025). Kompres hangat dengan suhu sekitar 40–50°C digunakan karena mampu menimbulkan efek vasodilatasi, meningkatkan sirkulasi darah, merelaksasikan otot, dan membantu menurunkan persepsi nyeri tanpa menimbulkan kerusakan jaringan kulit apabila digunakan secara tepat (Rohmawati et al., 2025). Sebelum handuk diperas dan diberikan ke ibu tunggu selama ±1–2 menit agar panas terserap secara merata (Habibulloh, 2023).

2.5.6 Prosedur Kompres Hangat Air Jahe

Prosedur tindakan penggunaan kompres hangat air jahe menurut Retni et al ., (2024) adalah sebagai berikut:

A. Bahan dan Alat



Gambar 2.5 Alat dan Bahan Kompres Hangat Air Jahe

1. 100 gram jahe parut tanpa kulit
2. 250 ml air hangat
3. Kompor dan panci
4. Baskom
5. Handuk kecil
6. Termometer air

B. Penatalaksanaan

1. Melakukan uji sensitivitas kulit sebelum pemberian kompres hangat air jahe dengan mengoleskan sedikit air rebusan jahe pada permukaan volar lengan bawah, kemudian diobservasi selama 5 menit, Terapi dapat dilanjutkan apabila tidak ditemukan tanda alergi atau iritasi
2. Mengkaji skala nyeri sebelum diberikan terapi kompres hangat.

3. Panaskan 250 ml air di dalam panci dan campurkan 100 gram jahe yang sudah di kupas dan diparut diatas kompor sampai mendidih kira kira suhu 40- 50ºC.
4. Tuangkan air tersebut kedalam baskom. Lalu masukan handuk kecil ke dalam air hangat tersebut kemudian tunggu selama ±1–2 menit agar panas terserap secara merata sebelum handuk di peras.
5. Peraskan handuk kemudian tempelkan ke punggung bawah yang terasa nyeri terutama pada otot-otot lumbo dorsal terutama otot erector spine pada L4 dan L5, hingga kurang lebih pengompresan dilakukan selam 15 menit. dengan catatan:
    a) Mengganti bila handuk sudah dingin
    b) Memerhatian kulit jangan sampai kemerahan atau ibu merasa gatal. Apabila terdapat kemerahan dan gatal intervensi dihentikan
6. Mengkaji kembali nyeri punggung bawah setelah diberikan kompres hangat air jahe.
7. Bersihkan punggung bawah ibu yang diberikan kompres hangat air jahe
8. Membereskan alat
9. Mencuci tangan

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Trimester III

2.6.1 Pengkajian keperawatan

1. Data Subjektif

Pengumpulan data subjektif dilakukan melalui anamnesis, yaitu metode wawancara yang melibatkan pasien secara langsung (autoanamnesis) atau pihak lain yang memahami kondisi pasien (alloanamnesis). Anamnesis awal dilaksanakan secara menyeluruh saat pasien pertama kali mendapatkan pelayanan kesehatan, sedangkan anamnesis lanjutan dilakukan sesuai kebutuhan berdasarkan evaluasi terhadap data yang telah diperoleh sebelumnya. Beberapa komponen yang perlu dikaji dalam pengumpulan data subjektif antara lain:

a. Identitas pasien

1) Nama pasien

Identitas nama pasien dikaji untuk memudahkan proses pengenalan serta membangun hubungan terapeutik yang baik antara pasien dan perawat. Hubungan yang baik diharapkan dapat meningkatkan kerja sama pasien selama proses pemberian asuhan keperawatan.

2) Usia

Pengkajian usia bertujuan untuk mengetahui apakah pasien berada pada rentang usia reproduktif yang aman atau termasuk kelompok usia berisiko tinggi dalam kehamilan. Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35

tahun memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan usia reproduktif ideal.

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui kemampuan pasien dalam menerima, memahami, dan mengaplikasikan informasi kesehatan. Data ini menjadi dasar dalam menyesuaikan metode komunikasi serta pemberian konseling, informasi, dan edukasi kesehatan.

4) Pekerjaan

Pengkajian pekerjaan dilakukan untuk mengetahui kondisi sosial ekonomi pasien yang dapat memengaruhi kemampuan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan. Selain itu, jenis pekerjaan juga perlu dievaluasi untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya aktivitas kerja yang dapat berdampak terhadap kondisi kehamilan.

5) Suku atau bangsa

Informasi mengenai suku atau bangsa diperlukan untuk memahami latar belakang budaya, adat istiadat, serta kebiasaan yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan dan pola hidup pasien selama kehamilan.

6) Agama atau kepercayaan

Pengkajian agama atau kepercayaan bertujuan untuk memahami nilai-nilai spiritual yang dianut pasien sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan, konseling,

dan edukasi yang selaras dengan keyakinan serta norma yang berlaku.

7) Alamat

Data alamat pasien diperlukan untuk memudahkan komunikasi dan tindak lanjut pelayanan kesehatan apabila diperlukan. Selain itu, informasi tempat tinggal dapat membantu dalam perencanaan kunjungan rumah serta mengidentifikasi kondisi lingkungan yang berpotensi memengaruhi kesehatan pasien.

8) Penanggung jawab

Pengkajian mengenai penanggung jawab dilakukan untuk mengetahui individu yang bertanggung jawab terhadap perawatan dan pengambilan keputusan terkait pasien. Informasi ini penting untuk memudahkan koordinasi apabila diperlukan dukungan atau persetujuan dalam proses pelayanan kesehatan.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh pasien, termasuk tanda atau gejala yang muncul selama kehamilan. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan PQRST, yaitu:

1) P (provokatif atau paliatif) yaitu data yang berkaitan dengan penyebab atau faktor pencetus nyeri.

2) Q (kualitas atau kuantitas) yaitu data mengenai karakteristik atau kualitas nyeri yang dirasakan.
3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) yaitu data tentang lokasi nyeri atau penjalaran nyeri yang dirasakan.
4) S (skala) yaitu data mengenai tingkat keparahan nyeri.
5) T (timing atau waktu) yaitu data mengenai waktu atau kapan nyeri muncul.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui apakah dahulu ibu mempunyai penyakit yang berbahaya bagi kehamilannya. Selain itu untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi yang berhubungan dengan organ reproduksinya atau tidak, karena akan berpengaruh pada kehamilannya.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui kondisi kesehatan ibu saat ini, perlu dilakukan penilaian apakah ibu benar-benar berada dalam keadaan sehat dan tidak menderita penyakit kronis, seperti asma, penyakit jantung, tuberkulosis, hipertensi, gangguan ginjal, diabetes melitus, maupun penyakit lainnya. Adanya gangguan kesehatan pada ibu hamil dapat memengaruhi kehamilan secara tidak langsung, baik terhadap kondisi ibu

sendiri maupun terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Hal penting yang perlu dikaji bila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS) yang dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lain. Dan juga perlu dikaji bila ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami seperti jantung koroner, DM, asma, Hipertensi, dan lainnya, karena dapat menurunkan kepada anggota keluarga lainnya dan dapat membahayakan apabila penyakit-penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil.

d. Riwayat obstetri

1) Riwayat haid

Menarche pada perempuan biasanya terjadi pada masa pubertas sekitar usia 12 tahun. Siklus menstruasi normal berlangsung antara 3–7 hari dengan volume perdarahan rata-rata sekitar 50–80 mL; pada hari 1–3 darah cenderung lebih banyak, encer, dan berwarna merah, sedangkan pada hari ke-4 dan seterusnya warna darah biasanya menjadi merah kecoklatan. Selama menstruasi, banyak wanita melaporkan keluhan seperti nyeri punggung bawah, ketidaknyamanan umum, kegelisahan, dan nyeri payudara yang berhubungan dengan fluktuasi hormonal. Hari Pertama

Haid Terakhir (HPHT) juga digunakan sebagai acuan untuk memperkirakan perkiraan waktu persalinan.

2) Riwayat kehamilan sekarang

Aspek yang perlu dievaluasi meliputi frekuensi kunjungan ANC (minimal empat kali selama masa kehamilan), lokasi pelayanan ANC yang dikunjungi, status imunisasi TT (termasuk jumlah dosis yang telah diterima), serta adanya keluhan atau komplikasi kehamilan. Informasi tersebut memungkinkan perawat untuk memantau progres kehamilan secara sistematis. Selain itu, frekuensi pemeriksaan ANC sebaiknya ditingkatkan sesuai kebutuhan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan janin secara lebih cermat.

3) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui kemungkinan infertilitas sekunder, perlu dikaji lama pernikahan, jumlah pernikahan yang telah dialami pasien, serta usia pasien dan suami saat menikah. Data tersebut membantu menentukan apakah pasangan telah memenuhi kriteria infertilitas sekunder, yaitu pernah memiliki anak sebelumnya tetapi saat ini belum berhasil memperoleh kehamilan kembali.

4) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu telah menjadi akseptor KB sebelum hamil, perlu dikaji jenis metode kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan kontrasepsi, serta rencana

metode KB yang akan dipilih setelah persalinan. Informasi tersebut penting untuk menilai riwayat penggunaan KB dan membantu menentukan perencanaan keluarga berencana pascapersalinan.

e. Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari

1) Pola nutrisi

Perlu dilakukan pengkajian mengenai jenis makanan yang dikonsumsi pasien, keteraturan makan tiga kali sehari, serta kesesuaian asupan dengan menu seimbang. Selain itu, konsumsi karbohidrat perlu dibatasi dan dianjurkan memperbanyak konsumsi sayuran serta buah-buahan segar. Kenaikan berat badan selama kehamilan juga perlu dipantau agar tidak melebihi 0,5 kg perperminggu

2) Pola eliminasi

Eliminasi yang pelu dikaji adalah BAB dan BAK. BAB perlu dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB setiap harinya dan bagaimana konsistensi warna fesesnya. Biasanya pada ibu hamil kemungkinan besar terkena sembelit karena pengaruh dari hormon progesteron dan juga warna fesesnya terkadang hitam yang disebabkan oleh tablet Fe yang dikonsumsi selama hamil. BAK dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK setiap harinya, lancar atau tidak. Biasanya ibu hamil sering BAK karena adanya penekanan pada kandung kemih oleh uterus dan oleh kepala janin

3) Pola personal hygiene

Kebersihan kulit dilakukan dengan mandi dua kali sehari memakai sabun agar bersih. Perawatan payudara selama kehamilan payudara dipersiapkan untuk fungsinya yang unik dalam menghasilkan ASI bagi bayi neonatus segera setelah lahir. Perawatan putting dengan pemutaran sangat dianjurkan

4) Pola istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat dan tidur agak terganggu oleh karena adanya HIS (kontraksi uterus), penurunan bagian terendah janin ke PAP yang menyebabkan sering BAK. Istirahat dan tidur diperlukan sekali bagi wanita hamil, karena wanita hamil daya tahannya turun, kesehatan umumnya turun. Waktu istirahat harus lebih lama sekitar 10 – 11 jam untuk wanita hamil. Istirahat hendaknya diadakan pula pada waktu siang hari.

5) Psikologis dan sosiospiritual ibu

Trimester ketiga merupakan fase yang ditandai oleh puncak luapan emosi menjelang kelahiran bayi. Pada sekitar bulan kedelapan, sebagian ibu hamil dapat mengalami penurunan semangat bahkan depresi seiring dengan bertambah besarnya janin dan meningkatnya rasa tidak nyaman. Namun, menjelang dua minggu sebelum persalinan, sebagian wanita mulai merasakan perasaan senang dan antusias. Respons

calon ibu terhadap proses persalinan dipengaruhi oleh kesiapan diri serta persepsinya terhadap kehamilan. Adapun faktor yang menentukan kemampuan individu dalam menghadapi krisis selama kehamilan meliputi persepsi terhadap peristiwa kehamilan, dukungan situasional yang tersedia dari keluarga atau pihak lain, serta mekanisme koping sebagai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan mengatasi stres.

2. Data Objektif

   a. Pemeriksaan Umum

      1) Keadaan umum

         Dikaji pada saat pertama kali pasien datang. Lihat apakah pasien tampak baik atau tampak lemah dan pucat. Hal ini penting untuk mengetahui bila ibu mengalami anemia yang merupakan komplikasi tersering dari kehamilan.

      2) Tanda – tanda vital (Vital Sign)

         a) Tekanan Darah

            Tekanan darah ibu hamil perlu dikaji secara berkala untuk mendeteksi kemungkinan preeklampsia, terutama pada trimester III. Tekanan darah perlu diwaspadai apabila sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg.

b) Berat Badan

Kenaikan berat badan normal selama kehamilan berkisar antara 6,5 kg hingga 16,5 kg.

c) LILA (Lingkar Lengan Atas)

LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator status gizi ibu yang kurang atau buruk. Kondisi ini berisiko menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Apabila ditemukan sejak awal kehamilan, tenaga kesehatan dapat memberikan motivasi kepada ibu untuk memperhatikan jumlah dan kualitas asupan makanannya.

b. Pemeriksaan Head to toe

1) Kepala

Dilakukan observasi terhadap bentuk kepala, adanya benjolan, atau tanda infeksi. Apabila terdapat benjolan, perlu dilakukan palpasi untuk menilai ukuran, bentuk, konsistensi, dan mobilitasnya.

2) Rambut

Rambut dinilai dari kebersihan, warna, tekstur, serta ada atau tidaknya ketombe maupun bau yang tidak sedap.

3) Wajah

Pada wajah diperhatikan adanya hiperpigmentasi atau *chloasma gravidarum*, yang disebabkan peningkatan

hormon melanocyte stimulating hormone (MSH). Selain itu, dinilai apakah wajah tampak pucat atau sembab.

4) Mata

Pemeriksaan mata meliputi sklera, konjungtiva, fungsi penglihatan, serta ada atau tidaknya edema pada kelopak mata.

5) Hidung

Pemeriksaan dilakukan untuk menilai kebersihan hidung, adanya polip, serta sekret.

6) Telinga

Dinilai keadaan telinga, termasuk ada atau tidaknya serumen

7) Mulut

Untuk mengetahui kebersihan dan keadaan konstruksi gigi apakah terjadi kekeroposan atau tidak dimana hal ini menjadi indikasi adanya kekurangan kalsium atau tidak, ada stomatitis atau tidak, adakah sariawan atau tidak.

8) Leher

Untuk mengetahui ada atau tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, ada atau tidaknya struma atau kelenjar gondok, tidak ada pembesaran vena jugularis.

9) Dada

Pada paru-paru auskultasi respirasi normal, tidak ada wheezing, tidak ada ronchi, perkusi resonan yaitu dug dug dug, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

10) Payudara

Primigravida mammae tampak tegang dan tegak.

Adakah hiperpigmentasi pada areola mammae dan papila, adakah tonjolan atau tidak. Apakah colostrum sudah keluar atau belum.

11) Aksila

Observasi dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya benjolan. Palpasi dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya rasa sakit dan tumor.

12) Abdomen

Perut membesar selama kehamilan karena pengaruh estrogen dan progesteron yang meningkat menyebabkan hipertrofi otot polos uterus, sehingga uterus mengikuti pertumbuhan janin, linea alba menjadi lebih hitam. Terjadi pengaruh hormon kortikosteroid placenta yang merangsang MSH sehingga terjadi peningkatan. Sering dijumpai kulit perut seolah-olah retak – retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru – biruan disebut striae livida.

13) Punggung

Untuk mengetahui bentuk tulang punggung, yang perlu diperhatikan meliputi adakah gangguan berjalan, postur tubuh yang tidak normal seperti lordosis, apakah terdapat nyeri tekan, spasme otot, dan benjolan di punggung bawah. Pengkajian keperawatan nyeri punggung bawah pada ibu

hamil meliputi intensitas nyeri dengan meminta ibu untuk menyebutkan nyeri pada skala verbal, misal : tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat atau sangat nyeri. Selanjutnya karakteristik nyeri termasuk letak, durasi, irama dan kualitas. Selain itu ada faktor yang meredakan nyeri, misal dengan gerakan, pengerahan tenaga, istirahat, obat-obatan bebas dan sebagainya.

14) Genetalia

Dilakukan pengkajian terhadap vulva, termasuk ada atau tidaknya pembengkakan, kebiruan, varises, perdarahan pervaginam, kondiloma, dan kebersihan vulva.

15) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi simetri, reflek patella, adanya edema pada punggung kaki dan jari tangan, serta varises.

c. Pemeriksaan Obstetri

1) Inspeksi

a) Wajah

Dinilai adanya *chloasma gravidarum* dan edema wajah, terutama pada trimester III yang dapat mengarah pada preeklampsia bila disertai tekanan darah tinggi.

b) Dada

Dinilai bentuk payudara, bentuk puting susu, pigmentasi areola dan puting, serta ada atau tidaknya kolostrum sebagai persiapan laktasi.

c) Abdomen

Lihat apakah ada linea nigra dan striae. Biasanya pada kehamilan kembar, striae akan sangat jelas terlihat karena peregangan dari kulit perut akibat pembesaran perut ibu

d) Vulva

Kaji apakah ada oedema, varises dan kondiloma yang nantinya dapat mengganggu proses persalinan pervaginam, karena varises dapat pecah saat persalinan dan menimbulkan perdarahan.

e) Palpasi Leopold

1. Leopold I

   Dilakukan untuk mengetahui bagian janin yang terletak di fundus uteri, apakah kepala atau bokong. Pada kehamilan kembar, dapat teraba dua bagian besar janin. Pada trimester I dan awal trimester II, pemeriksaan ini digunakan untuk mengetahui adanya ballottement.

2. Leopold II

   Leopold II ini efektif digunakan bila umur kehamilan sudah menginjak usia 6 bulan, karena bagian-bagian janin sudah mulai dapat dibedakan. Leopold II ini dilakukan untuk mengetahui dimanakah letak punggung janin yang ditandai dengan terabanya bagian panjang, keras, dan ada tahanan dan juga untuk mengetahui dimanakah letak ekstremitas janin yang ditandai dengan terabanya bagian-bagian kecil.

3. Leopold III

   Dilakukan untuk mengetahui bagian terbawah janin, apakah bulat keras atau bulat lunak, serta apakah bagian tersebut masih dapat digoyangka.

4. Leopold IV

   Pemeriksaan ini bertujuan mengetahui apakah bagian bawah janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum. Tangan yang divergen menunjukkan bagian bawah janin sudah masuk PAP, sedangkan tangan yang konvergen menunjukkan bagian bawah janin belum masuk PAP.

f) Auskultasi

   Auskultasi dilakukan untuk mendengarkan denyut jantung janin (DJJ) menggunakan linex atau doppler. Nilai normal DJJ adalah 120–160 kali per menit

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman (D.0074) berhubungan dengan gejala penyakit berupa ketidaknyamanan akibat nyeri punggung bawah selama kehamilan trimester III ditandai dengan ibu mengeluh tidak nyaman saat beraktivitas, sulit menemukan posisi yang nyaman saat duduk atau berbaring, tampak sering mengubah posisi tubuh, serta melaporkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
2. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis berupa perubahan muskuloskeletal selama kehamilan trimester III ditandai dengan ibu mengeluh nyeri pada punggung bawah, nyeri dirasakan sejak memasuki trimester III, nyeri seperti ditusuk atau tertarik, skala nyeri meningkat, nyeri bersifat hilang timbul, tampak meringis, gelisah, serta terjadi peningkatan frekuensi nadi.
3. Gangguan eliminasi urine (D.0040) berhubungan dengan peningkatan tekanan kandung kemih akibat pembesaran uterus pada kehamilan trimester III ditandai dengan ibu mengeluh sering buang air kecil, peningkatan frekuensi berkemih terutama pada malam

hari (nokturia), rasa ingin berkemih yang sulit ditahan, serta jumlah urine yang keluar sedikit tetapi sering.

4. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional akibat perubahan kondisi fisik selama kehamilan dan persiapan menghadapi persalinan ditandai dengan ibu mengungkapkan perasaan khawatir terhadap kondisi diri dan janin, tampak tegang atau gelisah, sulit berkonsentrasi, sering menanyakan proses persalinan, serta melaporkan perasaan cemas menjelang kelahiran.
5. Gangguan pola tidur (D.0056) berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik akibat nyeri punggung bawah selama kehamilan trimester III ditandai dengan ibu mengeluh sulit memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, kesulitan menemukan posisi tidur yang nyaman, merasa kurang puas terhadap kualitas tidur, serta tampak lelah atau mengantuk pada siang hari.

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk tindakan terapeutik yang dilaksanakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, serta pemulihan kesehatan pada individu, keluarga, maupun komunitas. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat dalam mengimplementasikan intervensi

keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah disusun, maka tindakan keperawatan yang dapat direncanakan adalah sebagai berikut:

Berikut merupakan tabel intervensi keperawatan pada ibu hamil

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada Ibu Hamil Trimester III

Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Gangguan rasa nyaman	**Status Kenyamanan (L.08064)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat Dengan kriteria hasil: 1. Kesejahteraan fisik meningkat 2. Kesejahteraan psikologis meningkat 3. Dukungan sosial dari keluarga meningkat 4. Dukungan sosial dari teman meningkat 5. Perawatan sesuai keyakinan budaya meningkat 6. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat 7. Kebebasan melakukan	**Pengaturan Posisi (I.01019)** **Observasi** 1. Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat Terapeutik 1. Tempatkan pada matras atau tempat tidur terapiutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5. Sediakan matras yang kokoh atau padat 6. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi

	ibadah meningkat 8. Rileks meningkat 9. Keluhan tidak nyaman menurun 10. Gelisah menurun 11. Kebisingan menurun 12. Keluhan sulit tidur menurun 13. Keluhan kedinginan menurun 14. Keluhan kepanasan menurun 15. Gatal menurun 16. Mual menurun 17. Lelah menurun 18. Merintih menurun 19. Menangis menurun 20. Iritabilitas menurun 21. Menyalahkan diri sendiri menurun 22. Konfusi menurun 23. Konsumsi alkohol menurun 24. Penggunaan zat menurun 25. Memori masa lalu membaik 26. Suhu ruangan membaik 27. Pola eliminasi membaik	7. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi Fowler) 8. Atur posisi yang menghilangkan drainage 9. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 10. Imobilisasi dan topeng bagian tubuh yang cedera dengan tepat 11. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 12. Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung 13. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 14. Berikan bantal yang tepat pada leher 15. Berikan topangan pada area edema (mis. bantah dibawah lengan dan skrotum) 16. Posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (mis. tengkurap/good lung down) 17. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif 18. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 19. Hindari menempatkan

	28. Postur tubuh membaik 29. Kewaspadaan membaik 30. Pola hidup membaik 31. Pola tidur membaik	pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 20. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi 21. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 22. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 23. Ubah posisi setiap 2 jam 24. Ubah posisi dengan teknik log roil 25. Pertahankan posisi dan integritas traksi 26. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi Edukasi 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan poster yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu

Nyeri akut	**Tingkat Nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.

	13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola fikir membaik	TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi **1.** Kolaborasi pemberian

		analgetik, jika perlu
Gangguan eliminasi urin	**Eliminasi Urine (L.04034)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi urine membaik. Dengan Kriteria Hasil 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun 5. Volume residu urine menurun 6. Urin menetes (dribbling) menurun 7. Nokturia menurun 8. Mengompol menurun 9. Enuresis menurun 10. Disuria menurun 11. Anuria menurun 12. Frekuensi BAK membaik 13. Karakteristik urine membaik	**Manajemen Eliminasi Urine (I.04152)** Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin 3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapiutik 1. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 2. Batasi asupan cairan, jika perlu 3. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 1. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 4. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan

		waktu yang tepat untuk berkemih 5. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 6. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 7. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu
Ansietas	**Tingkat Ansietas (L.09093)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun: Dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelilsah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun	**Reduksi Ansietas (I.09134)** Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

	7. Palpitasi menurun 8. Diaforesis menurun 9. Tremor menurun 10. Pucat menurun 11. Konsentrasi membaik 12. Pola tidur membaik 13. Frekuensi pernapasan membaik 14. Frekuensi nadi membaik 15. Tekanan darah membaik 16. Kontak mata membaik 17. Pola berkemih membaik 18. Orientasi membaik	3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan

		perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengelihatan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
Gangguan pola tidur	**Pola Tidur (L.05045)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik Dengan kriteria hasil 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan tidak puas tidur menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	**Dukungan Tidur (I.09265)** Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu,

		matras, dan tempat tidur) 2. Batas waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi

		terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

Sumber: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan subjek, faktorfaktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Widuri, 2023)

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan menurut Widuri (2023), yaitu :

1. *Independent Implementations* `

   Implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi

tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psikososio-kultural, dan lain-lain.

2. *Interdependen/Collaborative Implementations*

   Tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.

3. *Dependent Implementations*

   Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan subjek dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan subjek dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan subjek secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan

keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Widuri, 2023). Dengan kata lain evaluasi digunakan sebagai alat ukur apakah tujuan sudah tercapai, tercapai sebagian atau tidak tercapai.

1. Tujuan tercapai: tujuan dinyatakan tercapai apabila pasien menunjukkan kemajuan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan
2. Tujuan tercapai sebagian tujuan dinyatakan tercapai sebagian apabila hasil yang dicapai belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang telah ditetapkan, sehingga masih terdapat tujuan yang perlu dicapai.
3. Tujuan tidak tercapai: tujuan dinyatakan tidak tercapai apabila pasien tidak menunjukkan kemajuan ke arah kriteria hasil yang telah ditetapkan