

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Persalinan**

##### **2. 1.1 Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Diana, N., & Sari, M. 2021).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37 - 40 minggu. Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Fitriahadi, E., & Utami, I. 2019).

Persalinan normal (partus spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala yang dapat hidup dengan tenaga ibu sendiri, tanpa alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam melalui jalan lahir (Ayudita, A. 2023).

Persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu:

1. Kala I: Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase:

- 1) Fase Laten (8 jam) serviks membuka sampai 4 cm
- 2) Fase Aktif (7 jam) serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm.

Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

2. Kala II: Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

3. Kala III: Dimulai segera setelah lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
4. Kala IV: Dimulai saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

### **2. 1.2 Etiologi**

Etiologi persalinan merujuk pada faktor-faktor yang menyebabkan dan memicu terjadinya proses persalinan. Persalinan merupakan proses fisiologis yang kompleks dan dipengaruhi oleh perubahan hormonal, mekanik, dan biokimia yang terjadi secara alami menjelang akhir kehamilan.

#### **1. Perubahan Hormon**

- 1) Penurunan Progesteron: Progesteron berfungsi menjaga kehamilan tetap stabil. Menjelang persalinan, kadar hormon ini menurun sehingga meningkatkan aktivitas otot uterus.
- 2) Peningkatan Estrogen: Estrogen meningkat mendekati waktu persalinan, memicu kontraksi uterus dengan meningkatkan sensitivitas reseptor oksitosin.
- 3) Peningkatan Oksitosin: Oksitosin merangsang kontraksi uterus dan memperkuat intensitas kontraksi selama persalinan.
- 4) Prostaglandin: Dihasilkan oleh sel-sel desidua dan membran janin, prostaglandin membantu pematangan serviks dan meningkatkan kontraksi miometrium.

## 2. Distensi Rahim

Rahim yang meregang akibat pertumbuhan janin akan merangsang aktivitas kontraktile. Peregangan ini juga menstimulasi pelepasan prostaglandin dan oksitosin, sehingga memicu kontraksi.

## 3. Pematangan Serviks

Proses pelunakan dan pemendekan (efacement) serta pembukaan serviks (dilatasi) merupakan tanda awal persalinan yang dipicu oleh peningkatan prostaglandin.

## 4. Aktivitas Janin

Gerakan janin, termasuk tekanan kepala janin ke segmen bawah rahim dan serviks, menstimulasi refleks neuroendokrin yang mempercepat pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior.

## 5. Faktor Psikologis

Stres dan kecemasan ibu dapat memengaruhi keseimbangan hormonal dan menunda atau mempercepat timbulnya kontraksi melalui sistem saraf otonom.

### **2. 1.3 Jenis – Jenis Persalinan**

Persalinan yang berlangsung secara normal, adakalanya berlangsung abnormal. Berikut jenis-jenis persalinan yang dapat dialami oleh ibu, antara lain :

#### 1. Persalinan spontan atau persalinan normal

Persalinan spontan atau normal adalah proses pengeluaran bayi dengan presentasi belakang kepala tanpa menggunakan alat-alat untuk menolong persalinan sejak dari awal inpartu sampai proses pengeluaran

bayi. Pertolongan yang diberikan tidak melukai bayi atau ibunya, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam dengan kekuatan his dan tenaga ibu mengejan (Ayudita, A. 2023).

## 2. Persalinan buatan

Persalinan buatan, proses pengeluaran yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep, vakum atau tindakan seksio sesarea. Proses pengeluaran bayi dengan alat dilakukan jika ada indikasi, baik itu ibunya maupun janinnya. Kondisi tersebut antara lain : distress gawat janin, perdarahan pervaginaan.

## 3. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran dilakukan untuk merangsang adanya proses persalinan yakni menimbulkan munculnya his guna mempercepat proses kelahiran. Tindakan pada persalinan anjuran berupa pemberian obat-obatan yakni : misoprostol, oksitosin drip dan laminaria. Kondisi yang sering menjalani proses persalinan anjuran adalah kehamilan dengan post matur sesuai dengan indikasi

### **2. 1.4 Patofisiologi**

Penyebab timbulnya persalinan sampai sekarang belum diketahui secara pasti/ jelas. Terdapat beberapa teori antara lain: (Rustam Muchtar, 1998) dalam (Ayudita, A. 2023)..

#### 1. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya Estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar Progesteron dan Estrogen di dalam

darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar Progesteron menurun sehingga timbul his.

## 2. Teori Oxytocin

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

## 3. Keregangan Otot-Otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

## 4. Pengaruh Janin

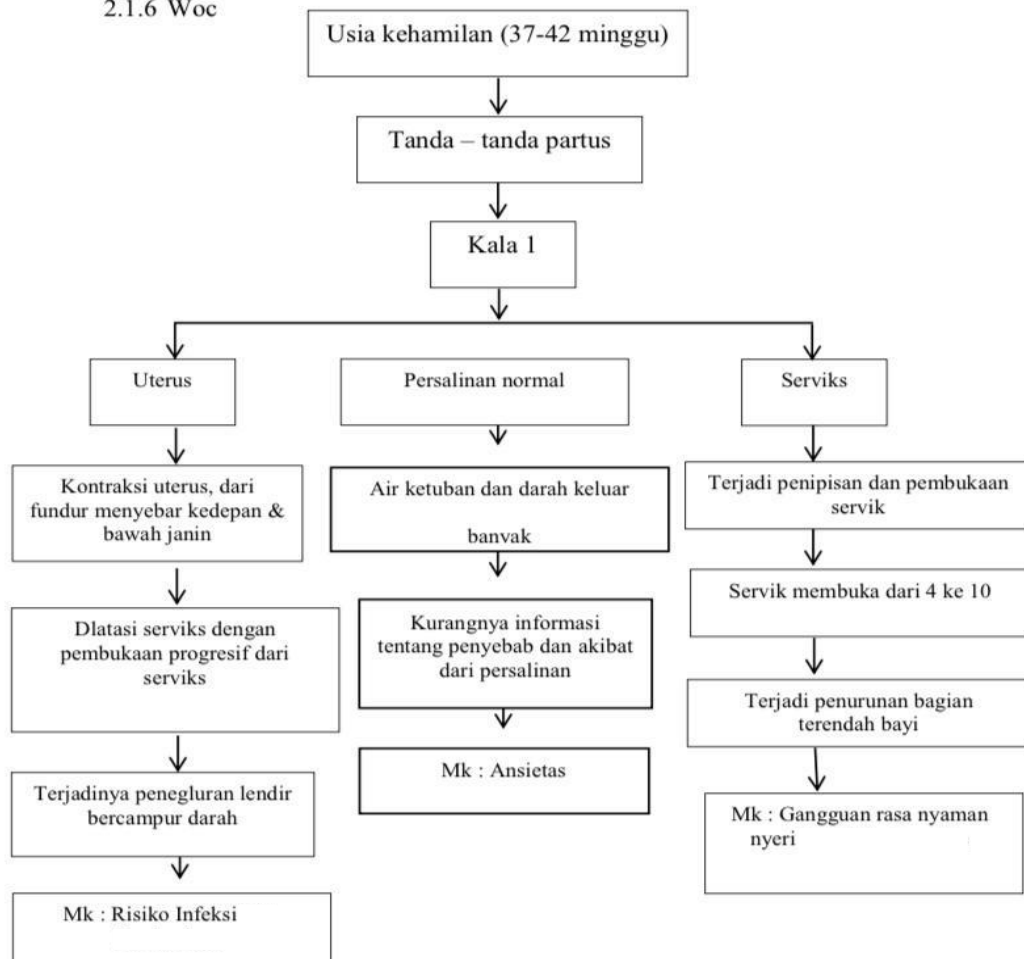
Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

## 5. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, disangka menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa Prostaglandin F<sub>2</sub> dan E<sub>2</sub> yang diberikan secara intravena, intra dan extraamniotik menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga di sokong dengan adanya kadar Prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

## 2. 1.5 Patway

### 2.1.6 Woc



Gambar 2.1: Pathway Partus Spontan

(Nurlaili, A. F. 2024)

## 2. 1.6 Mekanisme Persalinan

### 1. Engagement ( Keterlibatan)

- 1) Diameter biparietal melewati PAP ( Pintu Atas Panggul)
- 2) Pada nullipara (pertama kali melahirkan) terjadi 2 minggu sebelum persalinan
- 3) Pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan

4) Kebanyakan kepala masuk panggul dengan sutura sagitalis melintang pada PAP-flexi ringan.

## 2. Descent (turunnya kepala)

1) Merupakan turunnya presentasi pada inlet

2) Turunnya kepala disebabkan oleh 4 hal:

a. Tekanan cairan ketuban

b. Tekanan langsung oleh fundus pada bokong

c. Kontraksi diafragma dan otot perut (kala II)

d. Melurusnya badan janin akibat kontraksi uterus

3) Synclitismus: sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir, tepat antara symphysis dan promontorium. Os parietal depan dan belakang sama tinggi.

4) Asynclitismus: jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis / agak kebelakang mendekati promontorium

## 3. Fleksi

Dengan majunya kepala maka kepala mendapat tahanan dari cervix, dinding panggul atau dasar panggul sehingga terjadi fleksi. Keuntungan ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir diameter suboccipito bregmatica (9.5) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm).

Ukuran - ukuran diameter kepala bayi yang menentukan di antaranya:

1) Suboksipito bregmatikus (+9,50 cm) pada persalinan presentasi belakang kepala.

- 2) Oksipito-frontalis (+11,75 cm): pada persalinan presentasi puncak kepala
  - 3) Oksipito mentalis (-13,50 cm): pada persalinan presentasi dahi
  - 4) Submento - bregmatikus (+9,50 cm): pada persalinan presentasi muka
  - 5) Biparietalis (9.50 cm): ukuran terbesar melintang dari kepala
  - 6) Bitemporalis (+8,00 cm): ukuran antara os temporalis kiri dan kanan
4. Putaran Paksi Dalam
- 1) Bagian terendah memutar ke depan ke bawah symphysis
  - 2) Merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir (bidang tengah dan PBP) meletakkan pada ukuran muka belakang PBP (pintu bawah panggul)
  - 3) Terjadi bersamaan dengan majunya kepala
  - 4) Rotasi muka belakang secara lengkap terjadi setelah kepala di dasar panggul.
  - 5) Sebab - sebab putaran paksi dalam, diantaranya:
    - a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
    - b. Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m. levator ani kiri dan kanan.
    - c. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

## 5. Extensi

- 1) Defleksi kepala.
- 2) Karena sumbu PBP mengarah ke depan ke atas.
- 3) Kekuatan pada kepala mendesak ke bawah & tahanan dasar panggul sehingga terjadi kekuatan ke arah depan atas.
- 4) Setelah sub occiput tertahan pada pinggir bawah symphysis sebagai hypomocion maka lahir lewat perineum occiput, muka, dagu.

## 6. Putaran Paksi Luar

- 1) Setelah kepala lahir, kepala memutar kembali ke arah punggung anak, untuk menghilangkan torsi akibat putaran paksi dalam.
- 2) Ukuran bahu menempatkan pada ukuran muka belakang PBP.

## 7. Ekspulsi

- 1) Bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomocion untuk kelahiran bahu belakang.
- 2) Bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

### **2. 1.7 Tanda dan Gejala**

#### 1. Gejala awal :

##### 1) Lightening/dropping

Proses terjadinya penurunan bagian kepala janin memasuki pintu bawah panggul. Lightening terjadi beberapa minggu atau beberapa jam sebelum persalinan. Penurunan kepala janin biasanya bervariasi waktunya pada primigravida atau multigravida. Pada primigravida penurunan kepala berlangsung pada usia kehamilan 36 minggu dan

pada multigravida berlangsung pada usia kehamilan 38 minggu. (Ayudita, A. 2023).

2) Perubahan bentuk perut

Penurunan kepala, berdampak terhadap fundus uteri. Fundus uteri turun dan perut tampak melebar (Ayudita, A. 2023).

3) Perubahan pola berkemih

Terjadinya lightening yakni penurunan kepala ke dalam rongga panggul akan menekan kandung kemih yang ada dibagian anterior panggul. Kondisi ini membuat ibu sering mengalami frekuensi berkemih yang berlebihan dan hampir tidak dapat menahan kontraksi untuk berkemih (Fahreis, F. 2023).

4) HIS palsu

Kontraksi (HIS) palsu yang biasanya terjadi pada trimester 3. Faktor yang mempengaruhi biasanya yaitu hormon estrogen yang berkurang diakhiri kehamilan sehingga memicu sekresi oksitosin dari poserior hipofisis berkurang diakhiri kehamilan sehingga memicu sekresi oksitosin dari poserior hipofisis (Fahreis, F. 2023).

2. Gejala inpartu

Beberapa minggu menjelang persalinan, intensitas Braxton-Hicks semakin meningkat. Proses dilatasi sering terjadi sebelum persalinan terutama pada multipara ( Kumalasari, I. 2023).

1) Kontraksi uterus yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks

3) Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

4) Pemeriksaan dalam : mendatar dan pembukaan telah ada

## **2. 1.8 Kala Persalinan**

### **1. Kala I (Kala Pembukaan )**

Tahapan kala I dimulai sejak awal kontraksi dengan frekuensi, intensitas dan durasi yang cukup sehingga menyebabkan penipisan dan pembukaan servik dan berakhir bila servik sudah membuka dengan lengkap, sehingga dapat dilalui oleh kepala janin. Tahapan berlangsung dari awal persalinan yakni pembukaan 1 cm menuju pembukaan penuh pada servik yakni pembukaan 10 cm (Lestari, Y. D. 2024). Kala I dibagi menjadi dua fase yaitu :

#### **1) Fase laten**

Kontraksi menjadi semakin kuat, sedikit rasa tidak nyaman yang menyebabkan pembukaan serviks secara bertahap. Serviks menipis dan membuka 0 sampai 4 cm dan pada fase ini berlangsung rata- rata 8 jam untuk primigravida dan 4 jam untuk multigravida

#### **2) Fase aktif**

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, kontraksi dianggap akurat jika terjadi tiga atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 sampai 60 detik atau lebih. Servik akan membuka dari 4 cm hingga pembukaan lengkap yakni 10 m dan kepala mulai turun menuju panggul sehingga ibu mulai merasa ada keinginan untuk mendorong bayi untuk turun.

Tahapan ini terjadi 5 sampai 6 jam pada kehamilan primigravida dan 4 jam pada kehamilan multigravida dengan perhitungan 1 cm/jam.

## 2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada primigravida berlangsung sekitar 45-60 menit, sedangkan pada multigravida berlangsung 15-30 menit. Pada kala II his menjadi lebih kuat, cepat dan teratur minimal 3-4 kali dalam 10 menit dengan durasi 40-60 detik. Pada tahap ini kepala bayi sudah masuk ruang panggul, maka his dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul sehingga menimbulkan rasa mengedan seperti BAB dengan tanda anus terbuka. Mekanisme persalinan ada engagement, descent (turunnya kepala), fleksi, putaran paksi dalam, extensi, putaran paksi luar dan ekspulsi.

## 3. Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III berlangsung segera setelah kelahiran bayi dan berakhir dengan kelahiran plasenta dan selaput ketuban. Setelah kelahiran bayi, kontraksi uterus akan mengalami relaksasi dalam beberapa saat. Beberapa saat kemudian timbul his, uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, maka terjadi pelepasan dan pengeluaran plasenta. Dalam waktu 5-10 menit seluruh plasenta akan terlepas, terdorong dan akan lahir seponatan atau dengan sedikit dorongan dari atas fundus uteri, pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Jika terdapat bagian plasenta yang melekat pada dinding

uterus maka segera lakukan eksplorasi. Kala III terdiri dari 2 fase yaitu fase pelepasan dan pengeluaran plasenta.

#### 4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Pada kala IV dilakukan observasi adanya perdarahan post partum paling sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran ibu, pemeriksaan TTV (tekanan darah, nadi dan pernafasan), kontraksi uterus dan terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlah tidak melebihi 500 cc. Pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir, dengan menjaga kondisi kontraksi dan retraksi uterus yang kuat dan terus-menerus

### **2. 1.9 Komplikasi Persalinan**

Komplikasi persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi karena gangguan akibat (langsung) dari persalinan, diantaranya (Lestari, Y. D. 2024)

1. Kelainan HIS
2. Distosia letak dan bentuk janin
3. Distosia kelainan jalan lahir / panggul
4. Distosia kelainan traktus genetalis
5. Ketuban pecah dini
6. Kehamilan postmaure
7. Vasa previa
8. Prolaps tali pusar

9. Persalinan disfungsional Ruptur uterus
10. Plasenta akreta
11. Perdarahan pasca partum dini

### **2. 1.10 Pemeriksaan Penunjang**

#### 1. Pemeriksaan obstetri:

- 1) Palpasi abdomen (palpasi Leopold)
- 2) Frekuensi-durasi dan intensitas his
- 3) Denyut jantung janin
- 4) Vaginal toucher: (bila tak ada kontraindikasi)
  - a. Servik: posisi ( kedepan, tengah, posterior ), konsistensi, pendataran dan pembukaan (cm)
  - b. Keadaan selaput ketuban (keadaan cairan amunion bila selaput ketuban sudah pecah).
  - c. Bagian terendah janin ("presenting part"):
- 5) Kepala/bokong/bahu
- 6) Penurunan ("station"),
- 7) Posisi janin berdasarkan posisi denominator
  - a. Arsitektur panggul dan keadaan jalan lahir
  - b. Keadaan vagina dan perenium
- 8) USG
- 9) (Non Stress Test) NST adalah tes prenatal untuk memantau kesehatan janin dalam kandungan. Tes ini bertujuan untuk memastikan janin sehat dan mendapatkan cukup oksigen

10) Kardiotokografi: "fetal admission test" untuk memantau keadaan janin dan memperkirakan keadaan janin.

- a. Spina ischiadica = level 0
- b. Diatas spina ischiadica = tanda –
- c. Dibawah spina ischiadica = tanda +

2. Pemeriksaan laboratorium:

- 1) Haemoglobin dan hematokrit.
- 2) Urinalisis (glukosa dan protein).
- 3) Untuk pasien yang tidak pernah melakukan perawatan antenatal harus dilakukan pemeriksaan:
  - a. Syphilis (VDRL/RPR)
  - b. Hepatitis B
  - c. HIV (atas persetujuan parturien)

### **2. 1.11 Penatalaksanaan**

Berikut adalah langkah-langkah penatalaksanaan persalinan secara umum, berdasarkan kala persalinan:

1. Kala I (Pembukaan Serviks)

- 1) Observasi tanda-tanda vital ibu.
- 2) Pemantauan kontraksi uterus: frekuensi, durasi, dan kekuatan.
- 3) Evaluasi pembukaan serviks secara berkala.
- 4) Pemantauan denyut jantung janin (DJJ).
- 5) Pemberian dukungan psikologis dan edukasi teknik koping nyeri (seperti *Lamaze breathing*, *back massage*).
- 6) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ringan.

- 7) Pastikan lingkungan bersih dan nyaman.
2. Kala II (Pengeluaran Janin)
    - 1) Arahkan ibu untuk mengejan hanya saat pembukaan lengkap dan ada dorongan mengejan.
    - 2) Pemantauan kondisi janin dan ibu terus-menerus.
    - 3) Persiapkan alat-alat pertolongan persalinan.
    - 4) Lakukan pertolongan persalinan secara higienis dan sesuai prosedur.
    - 5) Pastikan penanganan bayi baru lahir dilakukan segera setelah lahir (termasuk inisiasi menyusui dini/IMD).
  3. Kala III (Pengeluaran Plasenta)
    - 1) Lakukan manajemen aktif kala III (pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase uterus).
    - 2) Observasi perdarahan post-partum.
    - 3) Pastikan plasenta dan selaput ketuban keluar lengkap.
  4. Kala IV (Observasi 2 jam postpartum)
    - 1) Observasi tanda vital ibu dan tonus uterus.
    - 2) Evaluasi jumlah perdarahan.
    - 3) Pantau kondisi umum ibu dan bayi.
    - 4) Berikan dukungan laktasi dan bonding ibu-anak.

## **2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian**

Nyeri persalinan merupakan rasa sakit yang ditimbulkan saat persalinan yang berlangsung dimulai dari kala I persalinan, rasa sakit terjadi karena

adanya aktifitas besar di dalam tubuh ibu guna mengeluarkan bayi, semua ini terasa menyakitkan bagi ibu. Rasa sakit kontraksi dimulai dari bagian bawah perut, mungkin juga menyebar ke kaki, rasa sakit dimulai seperti sedikit tertusuk, lalu mencapai puncak, kejadian itu terjadi ketika otot-otot rahim berkontraksi untuk mendorong bayi keluar dari dalam rahim ibu (Lestari, Y. D. 2024).

Rasa nyeri pada persalinan adalah manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut dan menjalar ke arah paha. Kontraksi ini menyebabkan adanya pembukaan mulut rahim (serviks). Dengan adanya pembukaan serviks ini maka akan terjadi persalinan (Ayudita, A. 2023).

Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan nyeri persalinan adalah rasa sakit yang ditimbulkan saat persalinan yang berlangsung dimulai dari kala I persalinan sampai dengan lahirnya bayi. Rasa sakit terjadi karena adanya aktifitas besar di dalam tubuh ibu guna mengeluarkan bayi, ketika otot-otot rahim berkontraksi untuk mendorong bayi keluar dari dalam rahim ibu.

### **2.2.2 Data Mayor dan Minor**

Gejala dan Tanda nyeri persalinan dibagi menjadi dua yaitu :

1. Gejala dan tanda Mayor
  - 1) Subjektif
    - a. Mengeluh Nyeri
    - b. Perineum terasa tertekan
  - 2) Objektif
    - a. Ekspresi wajah meringis

- b. Berposisi meringankan nyeri
- c. Uterus teraba membulat

## 2. Gejala dan tanda Minor

### 1) Subjektif

- a. Mual
- b. Nafsu makan menurun/meningkat

### 2) Objektif

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Frekuensi nadi meningkat
- c. Ketegangan otot meningkat
- d. Pola tidur berubah
- e. Fungsi berkemih berubah
- f. Diaforesis
- g. Gangguan perilaku
- h. Perilaku ekspresif
- i. Pupil dilatasi
- j. Muntah
- k. Fokus pada diri sendiri.

### **2.2.3 Faktor Penyebab**

Faktor penyebab dari nyeri Persalinan menurut (Tim Pokja SDKI DPP

PPNI, 2016) yaitu:

1. Dilatasi Serviks
2. Pengeluaran Janin

#### **2.2.4 Alat Ukur Intensitas Nyeri**

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda ( Andarmoyo, S. 2023 ). Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas atau skala nyeri yaitu *Numeric Rating Scale (NRS)*. Pada alat ukur ini, pasien dapat menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10, yang mana 0 = tidak nyeri, 1-4 = nyeri ringan, 5-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri berat. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi.

#### **2.2.5 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien terbagi menjadi dua, yaitu dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Pemberian intervensi berupa terapi farmakologis yaitu pemberian intervensi untuk mengurangi nyeri dengan bantuan obat, seperti: analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau otopiat, dan obat tambahan adjuvant. Sedangkan pemberian intervensi berupa terapi non farmakologis yaitu pemberian terapi tanpa menggunakan obat-obatan, salah satunya dapat melalui pemberian teknik relaksasi (Andarmoyo, S. 2023).

Relaksasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi bertujuan agar

individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman. Sehingga, dengan adanya pembebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress yang ada, diharapkan toleransi seseorang terhadap nyeri juga akan meningkat. Terdapat banyak sekali jenis jenis teknik relaksasi yang dapat digunakan baik untuk mengurangi nyeri, mengurangi kecemasan, atau untuk tujuan yang lainnya, diantaranya yaitu teknik relaksasi *back massage* dan teknik *lamaze breathing*.

## **2.3 Konsep Relaksasi *Back Massage***

### **2.3.1 Pengertian**

*Back massage* merupakan salah satu bentuk terapi nonfarmakologis berupa pijatan ringan yang dilakukan secara ritmis pada area punggung, khususnya bagian lumbal (punggung bawah), yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan otot, memperlancar sirkulasi darah, serta memberikan efek relaksasi baik secara fisik maupun psikologis. Teknik ini bekerja berdasarkan teori Gate Control, di mana rangsangan dari pijatan dapat menghambat transmisi impuls nyeri menuju otak melalui stimulasi serabut saraf besar (Rahmawati, R., Sundari, S. W., dan Patimah, M 2022).

Selain itu, *back massage* juga merangsang pelepasan endorfin, yaitu hormon yang berperan sebagai analgesik alami tubuh. Efek relaksasi dari *back massage* dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan kenyamanan, dan mempersingkat durasi persalinan. *Back massage* yang dilakukan selama persalinan dapat menurunkan skala nyeri dan meningkatkan kepuasan ibu dalam menghadapi proses persalinan secara alami. Teknik ini juga mudah

dilakukan, tidak membutuhkan alat khusus, serta dapat diberikan oleh tenaga kesehatan maupun keluarga yang telah terlatih.

### **2.3.2 Manfaat *Back Massage***

#### 1. Mengurangi nyeri punggung saat kontraksi

Pijatan di area lumbal membantu meredakan nyeri yang biasanya dirasakan akibat tekanan kepala janin dan kontraksi rahim.

#### 2. Meningkatkan relaksasi dan rasa nyaman

*Back massage* merangsang sistem saraf parasimpatis yang menurunkan ketegangan otot dan memberikan rasa tenang pada ibu.

#### 3. Mengurangi kecemasan dan ketakutan

Kombinasi sentuhan dan dukungan emosional dari tenaga kesehatan membantu menurunkan tingkat stres ibu.

#### 4. Mempercepat pembukaan serviks

Relaksasi tubuh secara menyeluruh memungkinkan kontraksi yang lebih efektif dan efisien.

#### 5. Meningkatkan kepuasan persalinan

Ibu merasa lebih tenang, nyaman, dan lebih siap menghadapi proses persalinan secara alami.

### **2.3.3 Mekanisme *Back Massage***

*Back massage* merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif dalam mengurangi nyeri persalinan melalui beberapa mekanisme fisiologis dan neurologis.

### 1. Teori Gate Control

Menurut teori Gate Control yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall (1965), stimulasi pada serabut saraf besar (A-beta fibers) melalui pijatan dapat menghambat transmisi impuls nyeri yang dibawa oleh serabut saraf kecil (A-delta dan C fibers) ke otak. Dengan demikian, persepsi nyeri dapat berkurang karena "gerbang" di sumsum tulang belakang tertutup oleh rangsangan non-nyeri seperti pijatan. Penelitian menunjukkan bahwa pijatan punggung selama persalinan dapat mengurangi intensitas nyeri dan mempercepat proses persalinan .

### 2. Peningkatan pelepasan endorfin

Pijatan pada punggung juga merangsang pelepasan endorfin, yaitu hormon analgesik alami tubuh yang berfungsi mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Studi oleh (Gaidaka, A. B 2021) menunjukkan bahwa pemberian pijatan endorfin pada ibu bersalin selama fase aktif persalinan secara signifikan menurunkan intensitas nyeri dibandingkan dengan kelompok kontrol .

### 3. Aktivasi saraf vagus dan regulasi sistem saraf otonom

Pijatan lembut dapat meningkatkan aktivitas saraf vagus, yang berperan dalam mengatur sistem saraf otonom. Hal ini dapat menyebabkan penurunan kadar hormon stres seperti kortisol dan meningkatkan relaksasi, sehingga membantu mengurangi nyeri dan kecemasan selama persalinan .

#### 4. Peningkatan sirkulasi darah dan relaksasi otot

Pijatan pada area punggung bawah membantu meningkatkan aliran darah lokal, yang dapat mempercepat penghantaran oksigen dan nutrisi ke jaringan uterus. Selain itu, pijatan juga membantu mengurangi ketegangan otot-otot punggung dan pelvis yang kerap menjadi tegang selama kontraksi, sehingga memberikan efek relaksasi dan kenyamanan pada ibu bersalin.

### **2.4 Konsep Teknik *Lamaze Breathing***

#### **2.4.1. Pengertian**

Teknik *lamaze breathing* adalah metode pernapasan sadar dan terkontrol yang digunakan sebagai pendekatan nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri selama proses persalinan, khususnya pada kala I fase aktif. Teknik ini menekankan pada pengaturan ritme napas yang dilakukan secara sadar, terfokus, dan terkontrol untuk membantu ibu bersalin mengalihkan perhatian dari rasa nyeri serta meningkatkan relaksasi. (Fadlu, N. 2023).

Teknik *lamaze breathing* juga membantu dalam mengurangi ketegangan otot dan rasa takut atau kecemasan yang dirasakan ibu saat nyeri persalinan. Dengan melakukan pernapasan yang teratur dan terfokus, ibu dapat meningkatkan konsentrasi, merasa lebih tenang, dan mampu mengatur pernapasan dengan baik, sehingga pasokan oksigen dalam tubuh meningkat. Hal ini akan merangsang pelepasan hormon endorfin yang merupakan pereda nyeri alami dalam tubuh, membantu ibu merasa lebih

rileks dan meringankan nyeri serta ketidaknyamanan selama proses persalinan (Fadlu, N. 2023 ).

#### **2.4.2. Manfaat Teknik *Lamaze Breathing***

##### 1. Mengurangi nyeri persalinan

*Lamaze breathing* membantu ibu bersalin mengontrol rasa sakit dengan cara mengalihkan fokus dari kontraksi ke ritme pernapasan. Teknik ini merangsang produksi endorfin zat penghilang nyeri alami tubuh yang membantu mengurangi intensitas nyeri selama persalinan.

##### 2. Meningkatkan relaksasi dan rasa tenang

Dengan pola pernapasan yang teratur dan terfokus, ibu merasa lebih rileks, mengurangi ketegangan otot, dan meminimalkan rasa takut atau cemas yang sering muncul selama proses melahirkan.

##### 3. Meningkatkan konsentrasi dan kontrol diri

*Lamaze breathing* memungkinkan ibu untuk merasa lebih mampu mengendalikan tubuhnya sendiri selama proses persalinan, yang berdampak positif pada pengalaman melahirkan.

##### 4. Memperbaiki pola pernapasan dan sirkulasi oksigen

Teknik ini membantu menjaga suplai oksigen yang cukup ke janin dan tubuh ibu, sehingga mendukung proses persalinan yang lebih lancar.

##### 5. Mengurangi kebutuhan intervensi medis

Praktik *lamaze breathing* secara konsisten dikaitkan dengan penurunan kebutuhan akan analgesik, epidural, atau intervensi medis

lainnya karena ibu lebih mampu mengelola nyeri secara mandiri.  
(Lamaze International, 2022)

#### **2.4.3. Mekanisme *Lamaze Breathing***

Teknik *lamaze breathing* bekerja melalui mekanisme fisiologis dan psikologis untuk membantu ibu bersalin mengurangi nyeri selama persalinan. Saat ibu melakukan pernapasan dalam, terfokus, dan teratur, sistem saraf parasimpatis akan diaktifkan. Aktivasi sistem ini menyebabkan relaksasi fisiologis, seperti penurunan denyut jantung, tekanan darah, dan ketegangan otot, sehingga respon stres menjadi lebih terkontrol dan nyeri berkurang. Selain itu, teknik ini juga merangsang pelepasan Endorfin, yaitu hormon analgesik alami yang dapat menekan sinyal nyeri di otak dan meningkatkan perasaan nyaman (Adhikari, K., & Devi, S. 2022).

Mekanisme lain dari teknik ini adalah pengalihan fokus. Saat kontraksi terjadi, ibu diajarkan untuk memusatkan perhatian pada pola napas dan titik fokus tertentu. Hal ini membantu mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri yang sedang dirasakan sehingga meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik pernapasan ini juga meningkatkan oksigenasi ke seluruh tubuh, termasuk otot uterus dan janin, yang berperan penting dalam mendukung kerja otot rahim secara efisien dan mengurangi kelelahan ibu saat bersalin. Di sisi psikologis, *lamaze breathing* juga meningkatkan kepercayaan diri dan rasa kontrol ibu dalam menghadapi persalinan, yang turut membantu mengurangi rasa takut dan cemas yang dapat memperparah nyeri (Adhikari, K., & Devi, S. 2022)..

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.5.1. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan pada persalinan kala I yaitu

1. Anamnesis atau wawancara meliputi :

- 1) Identifikasi klien
- 2) Gravida (kehamilan), para (persalinan), abortus (keguguran),  
jumlah anak yang hidup
- 3) HPHT (Hari Pertama Haid yang Terakhir)
- 4) Taksiran persalinan
- 5) Riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi
- 6) Riwayat persalinan
- 7) Riwayat KB
- 8) Pemeriksaan fisik meliputi : kepala, mata, hidung, telinga, mulut  
dan tenggorokan , pemeriksaan fisik thorax, abdomen, perineum  
dan genitalia, integumen, ekstremitas ( atas dan bawah )
- 9) Kebutuhan dasar khusus meliputi : nutrisi dan cairan, eliminasi,  
istirahat dan tidur, mobilisasi dan latihan, keadaan mental, pola  
hidup yang meningkatkan resiko hamil, laporan persalinan  
(pengkajian awal, kala persalinan).
- 10) Hasil pemeriksaan penunjang (Xray, USG, NST,CTG) dan terapi  
medis (Vebyola, 2021)

### **2.5.2. Pemeriksaan Fisik**

1. Keadaan umum Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik,  
sedang, jelek. Pada persalinan normal keadaan umum klien baik

2. Kesadaran Untuk mengetahui tingkat kesadaran klien apakah composmetis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan letak sungsang kesadarannya composmentis.
3. 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, 2021)

### **2.5.3. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, diagnosa yang mungkin muncul pada ibu bersalin yaitu:

1. ( D.0079) Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks dan pengeluaran janin dibuktikan dengan mengeluh nyeri, perineum terasa

tertekan, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, frekuensi nadi meningkat, diaforesis.

2. ( D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasa khawatir, sulit berkonsentrasi , tampak gelisah, tampak tegang, merasa tidak berdaya, muka tampak pucat, kontak mata buruk.
3. ( D.0012) Resiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum ( mis, atoni uterus, retensi plasenta)
4. ( D.0142) Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
5. (D.0111) Defisit pengetahuan tentang perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan bagaimana cara perawatan bayi yang benar dan menanyakan bagaimana cara menggendong bayi yang benar.
6. (D.0122) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua, anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis, dan tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anggota keluarga.

#### **2.5.4. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien baik secara individu atau perorangan, keluarga, dan komunitas. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sesuai dengan diagnosa

keperawatan yang telah disusun, maka tindakan keperawatan yang dapat direncanakan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
<p>(D.0079) Nyeri Melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks dan pengeluaran janin dibuktikan dengan mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, frekuensi nadi meningkat, diaforesis.</p>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>5. Uterus teraba membulat menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi , karakteristik , durasi , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> </ol>

		<p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
<p><b>(D.0080)</b> Anxietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasa khawatir, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, merasa tidak berdaya, muka tampak pucat, kontak mata buruk.</p>	<p><b>Tingkat Anxietas ( L.09093)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat anxietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> <li>4. Konsentrasi membaik</li> </ol>	<p><b>Terapi relaksasi (I.09326)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot,</li> </ol>

		<p>frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</p> <p>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>8. Gunakan pakaian longgar</p> <p>9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>11. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>13. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</p> <p>16. Demonstrasikan dan latih</p>
--	--	---

		Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
<b>( D.0012)</b> Resiko Perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (mis, atoni uterus, retensi plasenta)	<b>Tingkat Perdarahan L.02017</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membran mukosa lembab meningkat</li> <li>2. Kelembaban kulit meningkat</li> <li>3. Hemoptisis menurun</li> <li>4. Hematemesis menurun</li> <li>5. Hematuria menurun</li> <li>6. Hemoglobin membaik</li> <li>7. Hematokrit membaik</li> </ol>	<b>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>4. Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>6. Batasi tindakan invasive, jika perlu</li> <li>7. Gunakan kasur pencegah decubitus</li> <li>8. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>10. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> <li>11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>12. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>13. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan</li> </ol>

		<p>vitamin K</p> <p>14. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>15. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</p> <p>16. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</p> <p>17. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
<p><b>( D.0142)</b> Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif .</p>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b> Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>8. Ajarkan etika batuk</li> <li>9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>

<p><b>(D.0111)</b> Defisit pengetahuan tentang perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan bagaimana cara perawatan bayi yang benar dan menanyakan bagaimana cara menggendong bayi yang benar.</p>	<p><b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</li> <li>3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> <li>5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</li> </ol>	<p><b>Edukasi Kesehatan (L.12383)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li> <li>4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>
---	--	---

### 2.5.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang khusus dan diperlukan untuk melaksanakan intervensi atau rencana keperawatan. Perawat dapat melaksanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun dalam tahap perencanaan dan

kemudian mengakhiri tahap dalam implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan respon pasien terhadap tindakan keperawatan tersebut (Asmadi, 2020). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Fokus implementasi keperawatan yaitu:

1. Mempertahankan daya tahan tubuh
2. Mencegah komplikasi
3. Menemukan perubahan sistem tubuh
4. Memantapkan hubungan klien dengan lingkungan
5. Implementasi pesan dokter

Menurut (Asmadi, 2020) dalam melakukan implementasi keperawatan terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

1. Independent implementations adalah suatu tindakan yang dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan lainnya. Independent implementations ini bertujuan untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan klien itu sendiri, seperti contoh: membantu klien dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, menciptakan lingkungan yang aman, nyaman dan bersih untuk klien, memberikan dorongan motivasi, membantu dalam pemenuhan psikososial spiritual klien, membuat dokumentasi, dan lain-lain.
2. Interdependent / collaborative implementations adalah tindakan perawat yang dilakukan berdasarkan kerjasama dengan tim kesehatan yang lain. Contohnya dalam pemberian obat, harus berkolaborasi dengan dokter

dan apoteker untuk dosis, waktu, jenis obat, ketepatan cara, ketepatan klien, efek samping dan respon klien setelah diberikan obat.

3. Dependent implementations adalah pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis seperti ahli gizi, psikolog, psikoterapi, dan lain-lain dalam hal pemberian nutrisi kepada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi dan latihan fisik sesuai dengan anjuran bagian fisioterapi.

Implementasi keperawatan pada ibu bersalin merupakan tahap pelaksanaan dari rencana intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan data pengkajian. Pada fase persalinan, perawat berperan penting dalam membantu ibu menjalani proses persalinan dengan aman, nyaman, dan minim komplikasi. Tindakan pertama yang dilakukan adalah memantau kondisi fisiologis ibu dan janin, seperti pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan frekuensi napas), pemantauan kontraksi uterus (his), serta denyut jantung janin (DJJ) secara berkala untuk mendeteksi adanya tanda bahaya atau gangguan. Selanjutnya, perawat melakukan manajemen nyeri melalui pendekatan nonfarmakologis, seperti pemberian teknik relaksasi napas (*lamaze breathing*), pemijatan punggung (*back massage*), pengaturan posisi yang nyaman, dan pemberian dukungan emosional.

Dalam pelaksanaan implementasi ini, perawat juga memberikan edukasi kepada ibu mengenai proses persalinan agar ibu merasa lebih siap dan percaya diri. Dukungan psikologis dilakukan dengan memberikan kata-kata penyemangat, mengurangi kecemasan, dan mendampingi ibu

selama proses kontraksi. Perawat juga menciptakan lingkungan ruang bersalin yang nyaman, bersih, dan tenang untuk mendukung proses persalinan yang lancar. Selain itu, kebersihan diri ibu dijaga dengan membantu ibu dalam kebersihan perineum dan eliminasi. Implementasi juga mencakup persiapan alat-alat persalinan dan perencanaan tindakan bila proses memasuki fase kala II. Semua tindakan tersebut dilakukan dengan penuh empati, observasi ketat, serta komunikasi terapeutik yang baik agar proses persalinan dapat berlangsung optimal dan ibu merasa didukung secara fisik dan emosional.

#### **2.5.6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan. Pada ibu bersalin, evaluasi dilakukan secara berkelanjutan untuk mengetahui apakah tujuan keperawatan telah tercapai, terutama dalam mengurangi nyeri, menurunkan tingkat kecemasan, dan meningkatkan kenyamanan serta kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Evaluasi dilakukan dengan cara memantau perubahan fisiologis dan psikologis ibu, seperti berkurangnya skala nyeri, peningkatan kemampuan ibu dalam mengelola napas saat kontraksi, serta sikap ibu yang lebih tenang dan kooperatif.

Secara spesifik, tanda keberhasilan dari intervensi keperawatan antara lain: ibu menunjukkan kemampuan melakukan teknik pernapasan dengan benar setelah diajarkan teknik *lamaze breathing*, tampak lebih rileks setelah dilakukan *back massage*, skala nyeri menurun dibandingkan sebelum intervensi, denyut jantung janin dalam batas normal, dan tidak

ditemukan komplikasi selama kala I persalinan. Jika tujuan belum tercapai, maka perawat perlu menyesuaikan kembali rencana tindakan atau mengevaluasi ulang penyebab kegagalan intervensi. Evaluasi dilakukan secara holistik dan terdokumentasi dengan baik agar dapat menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis selanjutnya. Dengan kata lain evaluasi digunakan sebagai alat ukur apakah tujuan sudah tercapai, tercapai sebagian atau tidak tercapai.

1. Tujuan tercapai: tujuan ini dikatakan tercapai apabila pasien menunjukkan kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan
2. Tujuan tercapai sebagian: tujuan ini dikatakan tercapai sebagian apabila tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan, sehingga masih ada tujuan yang perlu dicapai.
3. Tujuan tidak tercapai: tujuan tidak tercapai apabila tidak menunjukkan kemajuan ke arah kriteria hasil yang telah ditetapkan (Dinarti and Mulyanti, Y. 2020).