

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Definisi

Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi, terutama perdarahan pascapersalinan, *hipotermia*, dan *asfiksia* bayi baru lahir. Dengan adanya program ini, diharapkan tenaga kesehatan dapat lebih meningkatkan ketrampilannya sehingga dapat meningkatkan penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Rohani.dkk, 2011).

Persalinan adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan cairan ketuban) dari *uterus* ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau kekuatan sendiri (Sumarah, 2009).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari *uterus* ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak *uterus* berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada *serviks* (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi *uterus* tidak mengakibatkan perubahan *serviks* (JNPK-KR, 2007).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2006).

2. Bentuk Persalinan

Menurut (Sukarni dan Wahyu P . 2013) , bentuk persalinan di bagi menjadi 4 yaitu :

- a. Persalinan normal yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi.
- b. Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- c. Persalinan buatan yaitu persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya *ekstrasi* dengan *forceps* atau dilakukan *sectio caesaria*.
- d. Persalinan anjuran yaitu persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian *pitocin* atau *prostaglandin*.

3. Etiologi

Menurut (Rohani, dkk .2011) teori penyebab persalinan ada 4,

yaitu :

- a. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

- b. Teori Penurunan *Progesteron*

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah

mengalami penyempitan dan buntu. Produksi *progesterone* mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap *oksitosins*, akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan *progesteron* tertentu.

c. Teori *Oksitosins Internal*

Oksitosins dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi *progesterone* akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan *oksitosins* meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

d. Teori *Prostaglandin*

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

4. Tanda-tanda persalinan

Menurut (Rohani, dkk. 2011), Sebelum terjadi persalinan beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut:

a. Terjadi *lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan *fundus uteri* karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan. Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu merasa tidak nyaman, selain nafas

pendek pada trimester 3.

b. Terjadinya his permulaan.

Pada saat hamil muda sering dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dan memberikan kesempatan rangsangan *oksitosins*.

c. Perut kelihatan lebih melebar, *fundus uteri* turun.

d. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

e. *Serviks* menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*).

5. Tanda-tanda bahaya persalinan.

Tanda-tanda bahaya ibu bersalin yang akan mengancam jiwanya diantaranya : Syok pada saat persalinan, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang atau koma, tekanan darah tinggi, persalinan yang lama, gawat janin dalam persalinan, demam dalam persalinan, nyeri perut hebat, sukar bernafas.

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Menunda pemberian asuhan kegawat daruratan akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Langkah atau tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberikan manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan (JNPK-KR, 2007).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (Rohani, dkk. 2011) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu :

a. *Power* (Tenaga/Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari *ligament*. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan *introitus*. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

c. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Cara penumpang (*passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

d. *Psikis* (Psikologis)

Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang

semula dianggap sebagai suatu “ keadaan yang belum pasti ” sekarang menjadi hal yang nyata.

e. Penolong

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

7. Tahapan Persalinan

Menurut Sumarah, dkk (2009) tahapan persalinan ada 4, yaitu :

a. Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten (8 jam). Pembukaan 0 cm – pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam). Dari pembukaan *serviks* 3 cm – 10 cm, dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi fase lagi yaitu: *fase akselerasi*, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, *fase dilatasi* maksimal yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, dan *fase deselerasi* dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm. kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif.

b. Kala II

Persalinan kala II (pengeluaran) adalah di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali.

c. Kala III

Persalinan kala III (pelepasan uri) dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir *uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* agak diatas pusat, beberapa menit kemudian *uterus* berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

d. Kala IV

Persalinan kala IV (observasi) dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum*.

8. Prosedur persalinan normal

Menurut Rukiyah, dkk (2009) prosedur persalinan ada 4 yaitu :

a. Melihat tanda gejala kala II

Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rectum* dan *vagina*, *perineum* tampak menonjol, *vulva* dan *sfincter anal* membuka.

b. Lima benang merah dalam asuhan persalinan normal

- 1) Membuat keputusan klinik antara lain pengumpulan data subyektif dan obyektif, diagnosis kerja, penatalaksanaan klinik, evaluasi hasil implementasi tatalaksana.
- 2) Asuhan sayang ibu dan bayi.
- 3) Pencegahan infeksi antara lain kewaspadaan standar, mencegah terjadinya dan transmisi penyakit.
- 4) Rekam medik (dokumentasi) antara lain, kelengkapan status klien, anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan

uji atau penapisan tambahan lainnya, partograf sebagai instrument membuat keputusan dan dokumentasi klien, kesesuaian kenaikan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih, upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan.

- 5) Sistem rujukan efektif yaitu alasan keperluan rujukan, jenis rujukan (darurat atau optimal), tatalaksana rujukan, upaya yang dilakukan selama merujuk, jaringan pelayanan dan pendidikan, menggunakan sistem umum atau sistem internal rujukan kesehatan.

B. Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan intranatal melalui pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respons klien ini dan waktu sebelumnya (Carpenito, 2005).

Menurut Sumarah, dkk (2009) Apabila ibu datang untuk mendapatkan pertolongan kumpulkan data dan informasi untuk membuat diagnosis secara tepat dan menerapkan tindakan yang sesuai. Data yang dikumpulkan adalah data subyektif dan data obyektif. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang dialaminya dan apa yang telah dialaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika ibu merasa sangat nyeri atau sangat sakit. Data obyektif adalah informasi yang

dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan atau pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir. Kelengkapan dan ketelitian dalam proses pengumpulan data sangat penting. Pengumpulan data dengan cara :

- a. Berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan – pertanyaan mengenai kondisi ibu dan riwayat perjalanan penyakit.
- b. Mengamati tingkah laku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit, nyaman atau kesakitan.
- c. Melakukan pemeriksaan fisik.
- d. Melakukan pemeriksaan tambahan lainnya bila perlu, misalnya pemeriksaan laboratorium.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial, atau proses kehidupan (Wilkinson, 2011).

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien intranatal adalah :

- a. Kala I
 - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera *biologis* (kontraksi)
 - 2) *Ansietas* berhubungan dengan ancaman pada (status kesehatan)
- b. Kala II
 - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera *biologis* (proses meneran)
- c. Kala III
 - 1) Keletihan berhubungan dengan fisiologis (Peningkatan kelelahan

fisik)

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasi (*episiotomi*)

d. Kala IV

- 1) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 2) Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum (misalnya, *atoni uteri, retensi plasenta*).

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan (Wilkinson, 2011).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera *biologis* (kontraksi)

Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Skala nyeri berkurang 5 menjadi 2.
- 5) Klien nyaman setelah nyeri berkurang.
- 6) *Vital sign* dalam batas normal.

Intervensi :

- 1) Kaji nyeri secara komprehensif

Rasional : Mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan Klien

- 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

Rasional : Mengetahui skala nyeri

- 3) Memonitor *Vital sign* dan denyut jantung janin

Rasional : Untuk mengetahui *Vital sign* dan denyut jantung janin

- 4) Anjurkan Klien untuk miring ke kiri

Rasional : Memberikan kenyamanan pada janin.

- 5) Anjurkan teknik non farmakologi (pemberian kompres hangat).

- 6) Rasional : Untuk mengalihkan nyeri yang dirasakan Klien.

- 7) Anjurkan Klien untuk teknik nafas panjang.

Rasional : Untuk mengurangi nyeri saat proses persalinan berlangsung.

- 8) Kolaborasi dengan dokter pemberian analgesik

Rasional : Untuk mengurangi nyeri persalinan kala I

- b. *Ansietas* berhubungan dengan ancaman pada (status kesehatan)

Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.
- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan, menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas.

3) *Vital sign* dalam batas normal

Intervensi :

1) Gunakan pendekatan yang menenangkan.

Rasional : Membuka kepercayaan kepada perawat

2) Jelaskan semua prosedur selama tindakan

Rasional : Untuk mengurangi kecemasan Klien

3) Beri informasi tentang kesiapan persalinan

Rasional : Untuk membuka pengetahuan Klien

4) Observasi *vital sign*

Rasional : Untuk mengetahui status kesehatan

5) Beri dukungan dan support kepada Klien

Rasional : Memotivasi dan mengontrol perasaan Klien.

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera *biologis* (proses meneran)

Tujuan dan kriteria hasil :

1) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri

2) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)

3) Skala nyeri berkurang 3 menjadi 1.

4) Klien nyaman setelah nyeri berkurang.

5) *Vital sign* dalam batas normal

Intervensi :

1) Kaji skala nyeri secara komprehensif.

Rasional : Untuk mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan Klien

2) Anjurkan Klien untuk nafas panjang

Rasional : Untuk mengurangi nyeri

3) Bimbing dan beri dukungan pada Klien untuk meneran

Rasional : Untuk memudahkan dalam proses persalinan

d. Keletihan berhubungan dengan fisiologis (peningkatan kelemahan fisik).

Tujuan dan kriteria hasil :

1) Menjelaskan penggunaan energi untuk mengatasi kelelahan, kecemasan menurun

2) Glukosa darah adekuat

3) Kualitas hidup meningkat

4) Istirahat cukup

5) Mempertahankan kemampuan untuk berkonsentrasi.

Intervensi :

1) Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan

Rasional : untuk mengetahui tingkat kelelahan Klien

2) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat Klien

Rasional : memantau pola tidur Klien agar tidak terjadi kelelahan

- 3) Bantu aktivitas sehari-hari sesuai dengan kebutuhan

Rasional : untuk memudahkan dan membantu Klien dalam beraktivitas

- 4) Monitor Klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan

Rasional : untuk mengetahui status kelelahan Klien dan tingkat emosi

- 5) Konsultasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan yang berenergi tinggi

Rasional : agar kondisi Klien pulih dan stabil kembali

- e. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasi (*episiotomi*)

Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Terbebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Menunjukkan hygiene pribadi yang adekuat
- 3) Menggambarkan faktor yang menunjukkan penularan infeksi
- 4) Melaporkan tanda atau gejala infeksi serta mengikuti prosedur pemantauan.

Intervensi :

- 1) Observasi tanda dan gejala infeksi

Rasional : Mengetahui adanya tanda dan penyebab infeksi.

- 2) Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya :

tanggap imun rendah)

Rasional : Untuk mengetahui penyebab terjadinya infeksi

3) Pantau hasil laboratorium

Rasional : Untuk mengetahui adanya penyakit lain yang timbul atau tidak

4) Perhatikan teknik aseptik

Rasional : Untuk mencegah infeksi

5) Bersihkan vulva hygiene.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi

6) Kolaborasi pemberian antibiotic.

Rasional : Untuk mempercepat pemulihan dan mengurangi terjadinya infeksi

f. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi
- 2) Tidak mengalami haus yang tidak normal
- 3) Memiliki keseimbangan asupan yang seimbang dalam 24 jam
- 4) Menampilkan hidrasi yang baik (membran mukosa lembab, mampu berkeringat, elastis turgor kulit baik)
- 5) Memiliki asupan cairan oral dan atau intravena yang adekuat.

Intervensi :

- 1) Kaji keadaan umum dan monitor *vital sign*

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum Klien

- 2) Pantau perdarahan

Rasional : Untuk mengetahui seberapa perdarahan yang dikeluarkan

- 3) Identifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap bertambah buruknya dehidrasi (misalnya : obat-obatan, demam, stress dan program pengobatan)

Rasional : Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap bertambah buruknya dehidrasi

- 4) Kolaborasi pemberian cairan parenteral

- 5) Rasional : Untuk menambah suplai cairan

- g. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pascapartum (misalnya, *atoni uteri*, *retensi plasenta*).

Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Tidak ada *hematuria* dan *hematemesis*

- 2) Kehilangan darah yang terlihat

- 3) Tekanan darah dalam batas normal

- 4) Tidak ada perdarahan pervagina

- 5) Tidak ada distensi abdominal

Intervensi :

1) Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit

Rasional : Untuk mengetahui hasil dari nilai lab yang meliputi PT, PTT, trombosit.

2) Monitor *Vital Sign*

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum Klien

3) Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif

Rasional : Untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan

4) Anjurkan Klien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K

Rasional : Agar kondisi Klien stabil kembali dengan makanan yang bergizi.

C. Nyeri Persalinan

1. Definisi

Nyeri adalah suatu sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus spesifik bersifat subyektif dan berbeda-beda antara masing-masing individu karena dipengaruhi oleh faktor psikososial dan kultur dan *endorphin* seseorang, sehingga orang tersebut lebih merasakan nyeri (Potter & Perry, 2005).

Menurut Cunningham (2004), Nyeri persalinan sebagai kontraksi *miometrium*, merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu. Nyeri didefinisikan sebagai pengalaman yang

tidak menyenangkan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan resiko dan aktualnya kerusakan jaringan tubuh.

Rasa nyeri pada persalinan adalah manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut dan menjalar kearah paha. Kontraksi ini menyebabkan adanya pembukaan mulut rahim (*serviks*). Dengan adanya pembukaan *serviks* ini maka akan terjadi persalinan (Judha, dkk. 2012).

2. Jenis-jenis nyeri

Price & Wilson (2005), mengklasifikasikan nyeri berdasarkan lokasi atau sumber, antara lain :

a. Nyeri somatik superficial (kulit)

Nyeri kulit berasal dari struktur-struktur superfisial kulit dan jaringan *subkutis*. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsang mekanis, suhu, kimiawi, atau listrik. Apabila kulit hanya terlihat, nyeri sering dirasakan sebagai penyengat, tajam, meringis atau seperti terbakar, tetapi apabila pembuluh darah ikut berperan menimbulkan nyeri, sifat nyeri menjadi berdenyut.

b. Nyeri somatik dalam

Nyeri somatik dalam dapat mengacu kepada nyeri yang berasal dari otot, *tendon*, *ligamentum*, tulang sendi dan arteri. Struktur ini sedikit reseptor sehingga lokalisasi nyeri dan cenderung menyebar ke daerah sekitarnya.

c. Nyeri visera

Nyeri ini mengacu pada nyeri yang berasal dari organ-organ tubuh. Reseptor nyeri visera lebih jarang dibandingkan dengan reseptor nyeri somatik dan terletak didinding otot polos organ-organ berongga.

Mekanisme utama yang menimbulkan nyeri visera adalah peregangan atau *distensi* abnormal dinding atau kapsul organ, *iskemia* dan peradangan.

d. Nyeri alih

Nyeri ini berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi dirasakan terletak di daerah lain. Nyeri visera sering dialihkan ke *dermatom* (daerah kulit) yang dipersarafi oleh segmen medulla spinalis yang sama dengan viksus yang nyeri tersebut berasal dari masa *mudigah*, tidak hanya ditempat organ tersebut berada pada masa dewasa.

e. Nyeri neuropati

Sistem saraf secara normal menyalurkan rangsangan yang merugikan dari sistem saraf tepi (SST) ke sistem saraf pusat (SSP) yang menimbulkan perasaan nyeri. Dengan demikian, lesi di SST dan SSP dapat menyebabkan gangguan atau hilangnya sensori nyeri. Nyeri neuropatik sering memiliki kualitas seperti terbakar, perih atau seperti tersengat listrik. Pasien dengan nyeri neuropatik menderita akibat instabilitas Sistem Saraf Otonom (SSO). Nyeri sering bertambah parah oleh stress emosi atau fisik (dingin, kelelahan) dan mereda setelah relaksasi.

3. Penyebab rasa nyeri

Menurut Judha, dkk (2012), rasa nyeri persalinan muncul karena :

a. Kontraksi otot rahim

Kontraksi otot rahim menyebabkan *dilatasi* dan penipisan *serviks* serta *iskemia* rahim akibat kontraksi arteri *miometrium*, karena rahim merupakan organ internal maka nyeri yang timbul disebut nyeri visceral. Pada persalinan nyeri alih dapat dirasakan pada punggung bagian bawah

dan *secrum*. Biasanya ibu hanya mengalami rasa nyeri ini hanya selama kontraksi dan bebas dari rasa nyeri pada interval antar kontraksi.

b. Regangan otot dasar panggul

Jenis nyeri ini timbul pada saat mendekati kala II, tidak seperti nyeri visceral, nyeri ini terlokalisir di daerah vagina, *rectum* dan *perineum*, sekitar anus. Nyeri jenis ini disebut nyeri somatik dan disebabkan peregangan struktur jalan lahir bagian bawah akibat penurunan bagian terbawah janin.

c. *Episiotomi*

Pada nyeri *episiotomi*, nyeri dirasakan apabila ada tindakan *episiotomi*, tindakan ini dilakukan sebelum jalan lahir mengalami *laserasi* maupun *rupture* pada jalan lahir.

d. Kondisi psikologis

Nyeri dan rasa sakit berlebihan akan menimbulkan rasa cemas. Takut cemas dan tegang memicu produksi hormon *prostaglandin* sehingga timbul stress. Kondisi stress dapat mempengaruhi kemampuan tubuh menahan rasa nyeri.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap nyeri Persalinan

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Potter & Perry (2005), antara lain :

a. Usia

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

b. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subyek penelitian yang melibatkan pria dan wanita, akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.

c. Kebudayaan

Menyatakan bahwa sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis *opiate endogen* dan sehingga terjadilah persepsi nyeri. Keyakinan dan nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

d. Makna nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang melahirkan akan mempersepsikan nyeri, akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersiapkan nyeri klien berhubungan dengan makna nyeri.

e. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada

stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer. Hal ini menyebabkan toleransi nyeri individu meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu pengalihan.

f. Ansietas

Melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbic dapat memproses reaksi emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbic dapat memproses reaksi emosi seseorang terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri. Hubungan antara *ansietas* dan nyeri bersifat kompleks. *Ansietas* seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

g. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri terasa lebih berat dan jika mengalami suatu proses periode tidur yang baik maka nyeri berkurang.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul, dan juga sebaliknya.

5. Alat Ukur Nyeri

Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

a. Skala Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.

Numerik



Gambar 2.1 Skala Nyeri Numerik

Sumber : Andarmoyo (2013)

b. Skala deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Alat

VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

Deskriptif

Tidak nyeri	nyeri ringan	nyeri sedang	nyeri berat	Nyeri yang tidak tertahankan
-------------	--------------	--------------	-------------	------------------------------

Gambar 2.2 Skala Nyeri Deskriptif

Sumber : Andarmoyo (2013)

c. Skala analog visual

Skala analog visual (*Visual analog scale, VAS*) adalah suatu garis lurus/horisontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang buruk”.

Analog

Tidak nyeri

Nyeri yang tidak tertahankan

Gambar 2.3 Skala Nyeri Deskriptif

Sumber : Andarmoyo (2013)

6. Strategi penatalaksanaan nyeri

Menurut (Andarmoyo. 2013), strategi penatalaksanaan nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang terbagi menjadi dua yaitu :

a. Strategi penatalaksanaan nyeri non farmakologis

- 1) Bimbingan dan antisipasi.
- 2) Terapi es dan panas atau kompres dingin.
- 3) Stimulasi saraf elektrik transkutan atau *TENS* (*transcutaneous electrical nerve stimulation*)
- 4) Distraksi.
- 5) Relaksasi.
- 6) Imajinasi terbimbing atau *guided imagery*.
- 7) Hipnosis.
- 8) Akupuntur.
- 9) Umpan balik biologis.
- 10) Massase.

b. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik yaitu non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau *opiate*, dan obat tambahan.

D. KOMPRES HANGAT

1. Definisi

Kompres hangat adalah suatu metode alternatif non farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan pada wanita inpartu kala I fase aktif yang pelaksanaannya dilakukan dengan menggunakan kantong diisi dengan air hangat dengan suhu 37° - 41° C kemudian menempatkannya pada punggung bagian bawah ibu dengan posisi miring kiri. Pemberian kompres hangat dilakukan selama 30 menit, jenis data yang diukur berupa skala nominal dengan hasil pengukuran diberi perlakuan kompres hangat dan tidak diberi perlakuan kompres hangat (Indrawan, dkk, 2013). Terapi kompres hangat merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Uliyah, dkk, 2006).

Kompres hangat meningkatkan suhu kulit lokal, sirkulasi dan metabolise jaringan, kompres hangat lokal atau selimut hangat akan menenangkan wanita terhadap jenis massase yang dihentakkan yang tidak dapat ditoleransi wanita saat kulitnya sensitif atau sakit berkaitan dengan respon melawan atau menghindar. Suatu studi kecil tentang kompres hangat (botol air panas) yang diletakkan di fundus menemukan bahwa tindakan ini akan meningkatkan aktivitas rahim (Simkin, P & Ancheta, R, 2005).

Teknik kompres hangat selama proses persalinan dapat mempertahankan komponen sistem vaskuler dalam keadaan vasodilatasi sehingga sirkulasi darah ke otot panggul menjadi *homeostatis* serta dapat mengurangi kecemasan dan ketakutan serta beradaptasi dengan nyeri selama proses persalinan, terapi kompres hangat telah terbukti meningkatkan kemampuan ibu untuk mentoleransi nyeri selama melahirkan karena efek

dari panas. Dengan mengompres di daerah sakrum ibu (punggung bawah) dapat mengurangi nyeri persalinan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kompres hangat efektif dilakukan selama proses persalinan dan merupakan tindakan umum untuk mengatasi nyeri (Manurung, dkk, 2013).

Tujuan dari kompres hangat adalah perlunakan jaringan fibrosa, membuat otot tubuh lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, dan memperlancar pasokan aliran darah dan memberikan ketenangan pada klien (Azril, 2009).

Panas yang disalurkan melalui kompres hangat dapat meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti bradikidin, histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri lokal. Panas mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia, merangsang neuron yang memblok transmisi lanjut rangsang nyeri, menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan aliran darah ke area yang dilakukan pengompresan (Price & Wilson, 2005).

