

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
DENGAN INOVASI INTERVENSI PIJAT EFFLEURAGE UNTUK
MENURUNKAN NYERI DAN TEKANAN DARAH PADA KLIEN
INPARTU DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH

MEHITA RETNO PURBOSARI, S. Kep

17111024120146

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2019

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan dengan Inovasi Intervensi Pijat
Effleurage untuk Menurunkan Nyeri dan Tekanan Darah Padaklien
Inpartu di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DISUSUN OLEH

**Mehita Retno Purbosari, S. Kep
17111024120146**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERSFAKULTAS KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
DENGAN INOVASI INTERVENSI PIJAT EFFLEURAGE UNTUK
MENURUNKAN NYERI DAN TEKANAN DARAH PADA KLIEN
INPARTU DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD ABDUL WAHAB SAJHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

Mehita Retno Purbesari, S. Kep

17111024120146

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 16 Januari 2019

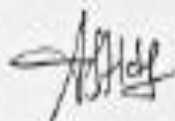
Pembimbing



Ns. Ramdhany Ismahmudi, S. Kep, MPH
NIDN. 1110087901

Mengetahui,

Koordinator MK. Elektif



Ns. Siti Khoirah Muflahatin, M. Kep.
NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
DENGAN INOVASI INTERVENSI PIJAT EFFLEURAGE UNTUK
MENURUNKAN NYERI DAN TEKANAN DARAH PADA KLIEN
INPARTU DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH

Mehita Retno Purbosari, S. Kep

17111024120146

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal, 16 Januari 2019

Penguji 1

Ns. Siti Maisyarah, S. Kep
NIP. 197705142007012016

Penguji 2

Ns. Taufik S., M. Kep
NIDN. 1111098802

Penguji 3

Ns. Ramdhany Ismahmudi, S. Kep, MPH
NIDN. 1110087901

Mengetahui,
Ketua

Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Dwi Rahmah Fitriani, S. Kep., M. Kep.
NIDN. 1119097601

Analisis Praktik Klinik Keperawatan dengan Inovasi Intervensi Pijat Effleurage untuk Menurunkan Nyeri dan Tekanan Darah Padaklien Inpartu di Ruang Instalasi Gawat Daruratsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Mehita Retno Purbosari¹, Ramdhany Ismahmudi²

Intisari

Nyeri persalinan sebagai kontraksi miometrium merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu. Nyeri pada persalinan apabila tidak diatasi maka akan meningkatkan rasa cemas, tegang, takut dan stress. Kombinasi dari nyeri dan cemas, tegang dan stress juga dapat meningkatkan tekanan darah pasien. Peningkatan konsumsi glukosa tubuh pada ibu bersalin yang mengalami stress menyebabkan kelelahan dan sekresi katekolamin yang menghambat kontraksi uterus, hal tersebut menyebabkan persalinan lama. Partus lama merupakan komplikasi penyebab kematian ibu bersalin terbanyak nomor 5 di Indonesia. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan menganalisis intervensi pemberian pijat *effleurage* untuk menurunkan nyeri dan tekanan darah pada pasien inpartu di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa terdapat penurunan nyeri dari *Numeric Rating Scale* turun 3,67 poin dan rata-rata penurunan tekanan darah systole sebesar 14,3 mmHg, diastole 5,67mmHg. Oleh karena itu diharapkan pada tenaga kesehatan agar memberikan teknik pijat *effleurage* untuk mengurangi nyeri persalinan sebagai terapi alternatif nonfarmakologis.

Kata kunci : Nyeri, tekanan darah dan pijat *effleurage*.

Analysis of Nursery Clinical Practice by Innovation Intervention of Effleurage Massage to Reduce Pain and Blood Pressure to wards Inpartu Client in Emergency Room of Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda

Mehita Retno Purbosari¹, Ramdhany Ismahmudi²

Abstract

Birth giving pain as myometrium contraction is a psychological process with different intensity on every person. If birth giving pain is not treated, it will increase nervous, worried, afraid, and stress. The combination of pain and worry, nervous and stress may increase the blood pressure of the patient. The rising of glucose body consumption in a stress birth giving woman causes tiredness and catecholamine secretion and obstructs uterus contraction, and that causes a long time birth giving. A long time partus is a way of complication which causes the big 5 death on birth giving woman in Indonesia. This Ners Final Research has purpose to analysis the intervention of giving birth effleurage massage to decrease pain and blood pressure towards inpartu patients in Emergency Room of Abdul wahab Sjahranie Hospital Samarinda. The analysis result show that the pain decrease from NRS 3,67 point and it does the blood pressure systole 14,3 mmHg, diastole 5,67mmHg. Thus, hopefully, the Medical Officials give the effleurage massage technique to decrease the pain on birth giving women as an alternative nonpharmacology therapy.

Keyword : Pain, blood pressure and effleurage massage.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu dan bayi telah terjadi setiap hari yang berkaitan dengan kehamilan dan melahirkan (Varney, *et. al*, 2019), terutama di negara-negara yang sedang berkembang (Joseph, 2010). Kondisi ini telah membuat berbagai upaya yang dilakukan oleh para pemimpin dunia dengan membuat kebijakan untuk menekan angka kematian tersebut. Beberapa diantaranya adalah *Millinium Development Goals* (MDGs) yang sudah berakhir pada tahun 2015 yang lalu, kemudian dilanjutkan dengan *Sustainability Development Goals* atau yang di singkat SDGs. Kedua program tersebut sebenarnya revitalisasi dari program *safe motherhood* yang telah dicanang sebelumnya terutama pada tujuan penurunan kematian ibu dan bayi (Varney, *et. al*, 2019).

Safe Motherhood adalah upaya yang dilakukan untuk menekan angka kematian ibu. Di Indonesia upaya *Safe Motherhood* diartikan sebagai upaya untuk kesejahteraan atau keselamatan ibu. Gerakan yang digunakan untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinannya berjalan dengan sehat, aman dan mendapatkan bayi yang sehat. Sekitar 25-50% kematian perempuan usia subur disebabkan oleh hal yang berkaitan dengan kehamilan. Kematian saat melahirkan menjadi penyebab utama mortalitas perempuan pada masa puncak produksinya (Varney, *et. al*, 2019).

World Health Organization (WHO, 2001) memperkirakan setiap tahun 210 juta kehamilan diseluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami

kesakitan sebagai akibat kehamilan (Martaadisoebrata, 2005). Rasa sakit ini dimulai ketika pasien masuk pada kala I persalinan dan berakhir pada kala IV.

Kemajuan persalinan pada kala I fase laten dan fase aktif merupakan saat yang paling melelahkan, berat, dan kebanyakan ibu mulai merasakan sakit atau nyeri, dalam fase ini kebanyakan ibu merasakan sakit yang hebat karena kegiatan rahim mulai lebih aktif. Pada fase ini kontraksi semakin lama, semakin kuat, dan semakin sering yang dapat menimbulkan nyeri dan kecemasan. Pada kala I nyeri ditimbulkan karena rangsangan visceral, kontraksi uterus dan dilatasi serviks. Nyeri yang dialami selama kala I disebabkan karena perubahan serviks dan iskemia uterus dan pada kala I merupakan puncak nyeri terhebat (Wiknojosastro, 2010).

Nyeri merupakan keadaan yang tidak enak berkenaan aktual atau potensi kerusakan jaringan (Fairchild, 2013), yang dipersepsi seseorang sebagai suatu mengancam atau yang dibayangkan, ditandai oleh kekhawatiran, ketidakenakan dan perasaan yang tidak dihindari. Nyeri juga dapat menyebabkan peregangan otot-otot polos sehingga dapat menyebabkan rasa sakit (Wiknojosastro, 2010). Nyeri pada persalinan apabila tidak diatasi maka akan meningkatkan rasa cemas, tegang, takut dan stress (Rahmawati, 2013).

Kombinasi dari nyeri, cemas, tegang dan stress juga dapat meningkatkan tekanan darah pasien. Peningkatan konsumsi glukosa tubuh pada ibu bersalin yang mengalamistress menyebabkan kelelahan dan sekresi katekolamin yang menghambatkontraksi uterus, hal tersebut menyebabkan persalinan lama (Bobak,*et. al,* 2005).

Partus lama didunia menyebabkan kematian ibu sebesar 8 %, di Indonesiasebesar 9 %. Dari hasil survey diketahui bahwa partus lama merupakankomplikasi penyebab kematian ibu yang terbanyak nomor 5 di Indonesia(Amiruddin, 2006).Penanganan nyeri pada proses persalinan merupakan hal yang sangatpenting karena penentu apakah seorang ibu bersalin dapat bersalin dengannormal atau diakhiri dengan suatu tindakan dikarenakan nyeri. Upaya-upaya untuk menanggulangi nyeri pada persalinan telah dilakukanberbagai cara baik farmakologis dan nonfarmakologis. Metodenonfarmakologis antara lain hidroterapi, akupresure, teknik bernafas, distraksi, teknik relaksasi, hipnotis maupun*massage* (Ricci, 2013; Ricchi, *et. al,* 2013).

Perawat dapat membantu mengurangi nyeri dengan caranonfarmakologis, salah satunya adalah dengan menggunakan teknik*massage*. Teknik *massage* merupakan suatu metode menurunkan nyeridengan memberikan sentuhan yang berguna untuk menghilangkan rasalelah ditubuh, memperbaiki sirkulasi darah, merangsang tubuhmengeluarkan racun dan meningkatkan kesejahteraan pikiran (Walsh,2007).

Pengendalian nyeri dengan teknik nonfarmakologis seperti pijat effleurage lebih murah, simpel, efektif, dan tanpa efek merugikan (Klossner & Hartfield, 2010). *Massage* (pijatan) secara lembut membantu ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan. Sebuah penelitian (Maslikhanah, 2011) menyebutkan, ibu yang dipijat 20 menit setiap jam selama tahapan persalinan akan lebih bebas dari rasa sakit. Hal itu terjadi karena pijat merangsang tubuh melepaskan *endorphin* yang merupakan pereda sakit alami. *Endorphin* juga dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak. Dalam persalinan, pijat juga membuat ibu merasa lebih dekat dengan orang yang merawatnya. Sentuhan seseorang yang peduli dan ingin menolong merupakan sumber kekuatan saat ibu sakit, lelah, dan kuat (Titiharjay, 2007). Metode ini juga dapat meningkatkan kepuasan selama persalinan karena ibu dapat mengontrol perasaan dan kekuatannya (Asmadi, 2008).

Teknik pijat *effleurage* termasuk salah satu cara nonfarmakologis yang merupakan metode Lamaze (Pilliteri, 2016) yang dirancang untuk menurunkan nyeri persalinan dengan menerapkan pijat ringan pada ibu in partu kala I fase laten dan aktif. Teknik *effleurage* merupakan teknik pijatan berupa usapan lembut, lambat, dan panjang atau tidak putus-putus dengan menggunakan telapak jari tangan dengan pola gerakan melingkar pada perut dan bagian tubuh lainnya selama kontraksi (Murray & McKinney, 2014), bisa juga di paha dan sering juga dilakukan pada punggung dan pinggang bagian bawah.

Teknik *effleurage massage* diatas dapat menurunkan nyeri persalinan kala I fase laten dan aktif karena membantu relaksasi, bila dilakukan dengan benar, yaitu dilakukan setiap adanya kontraksi dan dilakukan selama 10-20 menit. Ibu bersalin dilakukan pijat *effleurage* di pinggang bawah mengatakan bahwa nyeri kontraksi dirasakan berkurang setelah dilakukan pijatan tersebut (Danuatmaja, 2004 dalam Marni, 2014). Hal ini dikarenakan pijatan pada pinggang bawah menyebabkan relaksasi pada otot-otot paravertebral dan meningkatkan suplai darah, disamping itu memberikan distraksi dan menjadi alternatif titik fokus adanya stimulus (Lowdermilk, *et. al*, 2012).

Nyeri persalinan merupakan pengalaman emosional dan sensorial yang tidak menyenangkan yang dirasakan seseorang sehingga sangat diperlukan penanganan oleh tenaga kesehatan, salah satunya perawat. Nyeri persalinan menyebabkan ibu merasa khawatir tidak akan mampu melewati proses persalinan. Masalah psikologis dan nyeri yang dirasakan bisa merangsang peningkatan tekanan darah.

Saat kala I, disamping menghasilkan nyeri, akibat kontraksi uterus dapat meningkatkan tekanan darah, sebagai akibat peningkatan curah jantung (*cardiac output*). Pada kala I, saat sedang kontraksi kedua tekanan darah meningkat (Blackburn, 2013; Perry, Hockenberry, *et. al*, 2014). Tekanan sistolik meningkat sampai 35 mm Hg, dan akan terus meningkat sampai kala II selama mencedakan. Peningkatan tekanan diastolik sekitar 25 mm Hg pada kala I dan 65 mmHg saat kala II (Davidson, *et. al*, 2012). Peningkatan ini dimulai sebelum kontraksi uterus dan kembali ke tekanan awal segera setelah

kontraksi berakhir (Cunningham et al., 2018). Peningkatan ini dapat berbahaya karena dapat memicu pecahnya pembuluh darah atau kejang pada ibu hamil. Peran perawat sangat penting dalam mengendalikan peningkatan tekanan darah ini dengan cara tindakan non farmakologis seperti pijat *effleurage* (Halimatusakdiah, 2017).

Upaya yang dapat dilakukan oleh perawat untuk menurunkan nyeri yang dirasakan ibu dan peningkatan tekanan darah akibat kontraksi dapat dilakukan dengan pijat *effleurage*. Penelitian Halimatusakdiah (2017), menemukan bahwa *BackEffleurage Massage (BEM)* dapat menurunkan intensitas nyeri pada ibu bersalin dengan nilai $p=0,000$, perbedaan tekanan darah sistole dengan nilai $p=0,000$, perbedaan tekanan darah diastole dengan nilai $p=0,016$. Kesimpulan penelitian terdapat pengaruh *BackEffleurage Massage* terhadap perubahan nyeri dan tekanan darah ibu pada persalinan kala I. Penelitian sebelumnya juga mendukung hasil penelitian diatas. Grace, et. al (2017), menemukan bahwa pijat efektif dalam mengurangi tekanan darah. Dubey dan Lata (2015), menyatakan impuls nyeri selama persalinan dapat dihambat dengan rangsangan pada kulit termasuk pijat *effleurage*. Bukti-bukti penelitian tersebut mendorong penulis untuk melakukan tindakan tersebut pada pasien di IGD.

Tanda dan gejala seperti nyeri dan peningkatan tekanan darah seperti diatas pada ibu hamil yang akan melahirkan, yang datang di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Data ibu hamil yang akan melahirkan melewati IGD yang diperoleh dari register rekam

medik Samarinda dalam 6 bulan terakhir dari bulan Agustus sampai dengan bulan November 2018 didapatkan sebanyak 514 kasus kebidanan, danyang mengalami inpartu kala I fase aktif sebanyak 37 pasien. Studi pendahuluan yang dilakukan penulis di IGD RSUD AWS Samarinda pada tanggal 17 Desember 2018 terdapat 4 pasien yang akan menjalani persalinan 100% mengalami nyeri, karena belum pernah mendapatkan informasi mengenai manajemen nyeri persalinan. Ada 3 dari 4 orang atau 75% mengalami peningkatan tekanan darah dibanding dengan tekanan darah sebelum masuk inpartu yang ada di catatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Berdasarkan dari data diatas maka penulis ingin memaparkan bagaimana gambaran analisa pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan Penggunaan Intervensi Inovasi Teknik *Effleurage Massage* terhadap nyeri dan tekanan darah pada pasien Ibu Inpartu Kala I di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

1.2 Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ibu Inpartu Kala I dengan intervensi inovasi menggunakan teknik *Effleurage Massage* terhadap Penurunan Nyeri dan Tekanan Darah di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda?

1.3 Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa kasus kelolaan pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif dengan Intervensi Inovasi Penggunaan Teknik Pijat *Effleurage* terhadap Penurunan Nyeri dan Tekanan Darah di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian dalam asuhan keperawatan pada pasien ibu inpartu kala I fase aktif.
- b. Menentukan diagnosis keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu inpartu kala I fase aktif.
- c. Melakukan perencanaan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu inpartu kala I fase aktif.
- d. Melakukan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu inpartu kala I fase aktif.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu inpartu kala I fase aktif.
- f. Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu inpartu kala I fase aktif.
- g. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa Inpartu Kala I Fase Aktif.

- h. Menganalisis intervensi terapi manajemen nyeri; nonfarmakologis; *massage* (pijat) *effleurage* terhadap penurunan nyeri pada ibu inpartu kala I fase aktif.
- i. Menganalisis intervensi terapi manajemen nyeri; nonfarmakologis; *massage* (pijat) *effleurage* terhadap penurunan tekanan darah pada ibu inpartu kala I fase aktif.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan
 - a. Institusi dapat mengajarkan kepada mahasiswa dan menjadikan metode *massage* teknik *effleurage* sebagai pengurangan nyeri dan tekanan darah nonfarmakologis kepada ibu inpartu selama kala I fase aktif kepada mahasiswa selama praktik.
 - b. Dapat menjadi masukan pada program belajar mengajar dan menambah referensi perpustakaan serta menjadi dasar untuk penelitian keperawatan lebih lanjut.
 - c. Sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan dalam menambah pengetahuan tentang penggunaan terapi pijat *effleurage* untuk mengurangi nyeri dan tekanan darah pada ibu inpartu kala I .
2. Bagi Profesi Kesehatan
 - a. Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi pendidikan kesehatan pada pasien inpartu kala I fase

aktif sehingga bermanfaat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pertama nyeri persalinan terutama dalam bidang kegawatdaruratan maternitas yang merujuk pada tindakan mandiri profesional sebagai perawat terapi komplementer dan *palliative care*.

- b. Dapat dimasukkan dalam *Standar Operasional Prosedur (SOP)*, *effleurage massage* sebagai salah satu metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri pada persalinan yang terdaftar dalam *Summary of Pain Relief Massage Labor*, dimana pada kala I aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien adalah *Effleurage* (Reeder, 1992 dalam Meladian Maulidah, 2012).

3. Bagi Penulis

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi upaya penulis sebagai pelaksana asuhan keperawatan yang mana dapat meningkatkan kemampuan dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan tentang bagaimana penanganan pasien nyeri persalinan pada ibu inpartu kala I fase aktif.

4. Bagi Pasien

Penulisan ini dapat memberikan informasi kepada pasien sehingga diharapkan pasien dapat memahami manajemen nyeri persalinan

dengan teknik pijate*ffleurage* sehingga meningkatkan pengetahuan pasien selama dirawat di Rumah Sakit maupun di rumah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asuhan Persalinan Kala I

1. Definisi

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 (Prawiroharjo, 2014).

2. Tanda dan Gejala Inpartu

Tanda dan gejala inpartu termasuk (Sarwono, 2006):

- a. Penipisan dan pembukaan serviks.
- b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- c. Cairan lendir bercampur darah ("*show*") melalui vagina.

3. Fase-Fase dalam Persalinan

- a. Kala I Persalinan

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka

lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (multipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian bawah janin (Sarwono, 2006).

2.2 Konsep Nyeri

1. Pengertian

Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkatan tertentu. Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan. Walaupun merupakan salah satu dari gejala yang paling sering dalam bidang medis, nyeri merupakan salah satu yang paling sedikit dipahami dan sesuatu hal yang kompleks. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2009).

Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (*International Association for the Study of Pain*), mendefinisikan nyeri sebagai “suatu sensorisubyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan” (IASP, 2002; Potter & Perry, 2009). Nyeri adalah fenomena yang kompleks dan bersifat pribadi. Nyeri dapat merupakan faktor utama yang menghambat kemampuan dan kemauan individu untuk pulih dari suatu penyakit (Rukiyah, 2009). Menurut Davis (2002, dalam Potter & Perry, 2009) nyeri adalah pengalaman kompleks, meliputi fisik, emosional, dan komponen kognitif. Nyeri merupakan pengalaman subyektif dan sangat individual. Stimulus nyeri bisa berasal dari fisik dan mental.

Nyeri diartikan sebagai suatu peringatan sistem syaraf perifer terhadap sistem syaraf pusat terhadap adanya cedera atau resiko terjadinya cedera pada tubuh. Sistem syaraf pusat tersebut meliputi otak

dan syaraf spinal, sedangkan sistem syaraf perifer meliputi seluruh syaraf yang terdapat ditubuh kecuali otak dan syaraf spinal (Movahedi, 2006).

2. Teori Nyeri

Beberapa teori nyeri yang dapat dijelaskan sebagai berikut (Farrel, 2017):

- a. Teori pola (*Pattern Theory*) adalah rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal medulla spinal dan rangsangan aktifitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi yaitu korteks serebri dan menimbulkan persepsi, lalu otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.
- b. Teori pemisahan (*specificity theory*) menurut teori ini rangsangan sakit masuk ke spinal cord melalui dorsalis yang bersinaps di daerah posterior kemudian naik ke traktus hemifer dan menyilang ke garis media ke sisi lainnya dan berakhir di korteks serebri, dimana rangsangan nyeri tersebut diteruskan.
- c. Teori pengendalian gerbang (*gate control theory*) yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall. Teori ini lebih komprehensif dalam menjelaskan transmisi dan persepsi nyeri. Rangsangan atau impuls nyeri yang disampaikan oleh syaraf perifer aferen ke kord spinalis dapat dimodifikasi sebelum transmisi ke otak. Sinaps dalam

dorsal medulla spinalis beraktifitas seperti pintu untuk mengijinkan impuls masuk ke otak. Kerja kontrol gerbang ini menguntungkan dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam rangsangan akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat akan meningkatkan aktifitas substansi gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu sehingga aktifitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rasa nyeri terhambat juga. Rangsangan serat besar ini dapat langsung merangsang ke korteks serebri dan hasil persepsinya akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktifitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktifitas substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga aktifitas sel T meningkat yang akan menghantarkan ke otak.

- d. Teori transmisi dan inhibisi. Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen opiate sistem supresif (Hidayat, 2008).

3. **Klasifikasi Nyeri**

Nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik, keduanya mempunyai mekanisme fisiologis yang berbeda sehingga memerlukan tindakan yang berbeda (Helms & Barone, 2008).

a. Nyeri akut

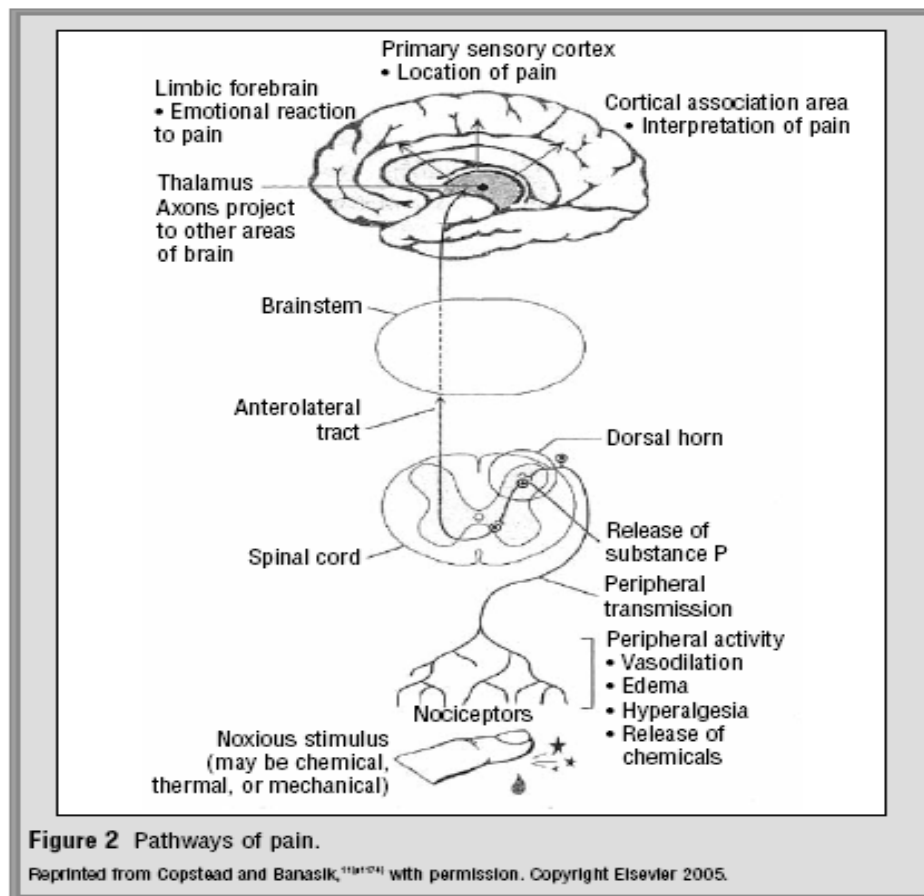
Nyeri akut memberikan peringatan bahwa penyakit atau cedera telah terjadi. Rasa sakit biasanya terbatas pada daerah yang terkena. Nyeri akut merangsang sistem saraf simpatik sehingga menghasilkan respon gejala yang meliputi peningkatan frekuensi jantung dan pernapasan, berkeringat, pupil melebar, gelisah, dan khawatir. Jenis nyeri akut meliputi somatik, viseral, dan nyeri alih (*referred*). Nyeri somatik adalah nyeri dangkal yang berasal dari kulit atau jaringan subkutan. Nyeri viseral berasal dari organ internal dan lapisan dari rongga tubuh, sedangkan *referred pain* adalah nyeri yang dirasakan di daerah yang jauh dari tempat stimulus (Helms & Barone, 2008).

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan (Perry & Potter, 2009). Klien yang mengalami nyeri kronik seringkali mengalami periode remisi (gejala hilang sebagian atau keseluruhan) dan eksaserbasi (keparahan meningkat). Sifat nyeri kronik yang tidak dapat diprediksi ini membuat klien frustrasi dan seringkali mengarah menjadi depresi psikologis (Perry & Potter, 2009). Anak-anak yang mengalami nyeri kronik atau berulang, sering kali membentuk strategi koping perilaku yang efektif, seperti meremas tangan, berbicara, menghitung, santai atau berfikir tentang kejadian-kejadian yang menyenangkan (Hockenberry & Wilson, 2009).

4. Pathway Nyeri

Nosiseptor atau reseptor nyeri merupakan saraf yang berespon terhadap stimulus nyeri yang berasal dari stimulus biologis, elektrik, thermal, mekanik, dan kimiawi. Nosiseptor ditemukan di sepanjang seluruh jaringan kecuali otak. Persepsi nyeri terjadi jika stimulus ini ditransmisikan ke medulla spinalis dan kemudian diteruskan ke area pusat otak. Impuls nyeri berjalan ke bagian dorsal tulang belakang, dimana impuls tersebut melakukan sinaps dengan neuron di area dorsal pada substansi gelatinosa dan kemudian naik ke otak. Sensasi dasar nyeri terjadi di thalamus, dan berlanjut ke sistem limbik dan korteks serebri, dimana nyeri diterima dan diinterpretasikan (Helms & Barone, 2008). Hal ini dapat dilihat jelas pada gambar 2.1.



Sumber : Helms & Barone (2008)

Gambar 2.1. *Pathways of pain*

Ada 2 (dua) tipe serabut saraf yang terlibat dalam transmisi nyeri. Serabut delta A yang besar menghasilkan nyeri yang didefinisikan dengan tajam, disebut “*fast pain*” atau “*first pain*”, yang secara khusus distimulus oleh luka potong, getaran listrik, atau karena pukulan fisik. Transmisi di sepanjang serabut A berlangsung sangat cepat dimana reflek tubuh dapat berespon dengan lebih cepat dari stimulus nyerinya,

menghasilkan reaksi berupa penarikan bagian tubuh yang terkena stimulus sebelum seseorang merasa nyeri. Setelah nyeri pertama ini, serabut saraf C yang lebih kecil mengirimkan luka bakar atau sensasi rasa sakit, disebut sebagai “*second pain*”. Serabut C mentransmisikan nyeri lebih lambat daripada serabut A karena serabut C lebih kecil dan tidak memiliki selubung myelin. Serabut C merupakan satu-satunya serabut yang menghasilkan nyeri menetap atau konstan (Helms & Barone, 2008).

Berdasarkan teori *gate control*, stimulasi pada serabut saraf mentransmisikan stimulus yang tidak menyakitkan dapat memblokir impuls nyeri di pintu dorsal. Sebagai contoh, jika reseptor sentuhan (A beta fibers) distimulasi, mereka mendominasi dan menutup pintu. Kemampuannya untuk memblokir impuls nyeri merupakan alasan seseorang cenderung menarik sesegera mungkin dan mengirimkan pesan ke kaki ketika dia menginjak benda tajam. Sentuhan dapat memblokir transmisi dan durasi impuls nyeri. Hal ini memiliki implikasi untuk penggunaan sentuhan dan masase untuk pasien yang mengalami nyeri (Helms & Barone, 2008).

5. Regulator Nyeri

Substansi kimia yang mengatur transmisi nyeri dilepaskan ke dalam jaringan ekstraselular ketika terjadi kerusakan jaringan. Substansi kimia tersebut mengaktifkan reseptor nyeri dengan mengiritasi ujung saraf. Mediator kimia ini meliputi histamin, substansi P, bradikinin, asetilkolin,

leukotrin, dan prostaglandin. Mediator tersebut dapat menghasilkan reaksi lain di lokasi trauma, misalnya vasokonstriksi, vasodilatasi, atau perubahan permeabilitas kapiler (Helms & Barone, 2008).

Tubuh juga melakukan mekanisme kimia untuk manajemen nyeri. Serabut di dorsal horn, batang otak, dan jaringan perifer mengeluarkan neuromodulator, diketahui sebagai opioid endogen, yang menghambat aksi neuron yang mentransmisikan impuls nyeri. *β -Endorphins* dan *dynorphins* merupakan tipe yang menyerupai opioid alamiah yang dikeluarkan oleh tubuh, dan mereka bertanggung jawab atas penurunan rasa nyeri. Kadar endorpin bervariasi antara satu orang dengan yang lainnya, sehingga setiap orang mengalami level nyeri yang berbeda (Helms & Barone, 2008).

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri.

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Seorang perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut dalam menghadapi klien yang mengalami nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik (Potter & Perry, 2009).

a. Faktor fisiologis.

1) Usia.

Usia mempengaruhi nyeri, biasanya pada infants dan lansia.

Perbedaan perkembangan diantara grup usia ini yang

mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Bayi dan toddler memiliki masalah dalam mengerti nyeri dan prosedur keperawatan yang menyebabkan nyeri.

2) *Fatigue*.

Fatigue atau kelelahan, mempertinggi persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan coping. Apabila lelah disertai dengan kurang tidur maka persepsi nyeri akan semakin hebat atau kuat.

3) Fungsi neurologis.

Fungsi neurologis pasien mempengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi normal terhadap nyeri seperti peripheral neuropathy.

b. Faktor psikologis.

1) Kecemasan.

Faktor psikologis pasien dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Hubungan antara nyeri dan cemas sangatlah kompleks. Cemas sering kali meningkatkan persepsi nyeri namun sebaliknya, nyeri juga mampu menimbulkan rasa cemas.

2) Pola coping.

Pola coping mempengaruhi kemampuan seseorang saat berurusan dengan nyeri (Gill, 1990 dalam Potter & Perry, 2014).

c. Faktor sosial.

1) Pengalaman masa lalu.

Setiap orang belajar dari pengalaman mereka tentang nyeri, pengalaman awal tidak mengatakan bahwa seseorang itu mampu menerima nyeri dengan mudah di kemudian hari. Frekuensi nyeri sebelumnya tanpa adanya penurunan nyeri akan mengakibatkan cemas bahkan ketakutan berlanjut.

2) Dukungan keluarga dan sosial

Klien dengan nyeri sering kali bergantung pada keluarga atau teman dekat untuk dukungan, asistensi, dan perlindungan. Meskipun nyeri masih terasa namun kehadiran keluarga atau teman dekat akan membuat pengalaman nyeri tidak terlalu berat

3) Perhatian.

Derajat nyeri berpengaruh pada fokus klien pada daerah yang terasa nyeri. Semakin tinggi perhatian klien terhadap

nyeri maka semakin tinggi persepsi nyeri dirasakan (Carroll

& Seers, 1998 dalam Potter, Perry, Stockert & Hall, 2014).

d. Faktor budaya

1) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri seseorang berbeda dengan antara satu dengan yang lainnya. Begitu pula cara mengatasinya. Persepsi seseorang dalam menerima nyeri sangat berbeda dimana ada yang menganggapnya sebagai tantangan namun adapula yang menganggapnya sebagai hukuman.

2) Etnik.

Nilai budaya mempengaruhi seseorang dalam berurusan dengan nyeri. Seseorang belajar pengecualian dan penerimaan dari budayanya, termasuk bagaimana reaksi mereka menghadapi nyeri (Lasch, 2002 dalam Potter & Perry, 2009).

7. Klasifikasi Nyeri

a. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut durasi singkat memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Nyeri akut

terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakannya. Nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai (Andarmoyo, 2013).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Nyeri kronik nonmalignant yang timbul akibat cedera jaringan yang tidak progresif atau yang menyembuh nyeri ini biasanya nyeri pinggang bawah dan nyeri yang didasari atas kondisi kronis. Seseorang yang mengalami nyeri kronik seringkali mengalami periode remisi gejala hilang sebagian atau keseluruhan dan eksaserbasi atau

keparah meningkat sifat nyeri kronik, yang tidak dapat diprediksi, membuat frustrasi dan sering kali mengarah pada depresi psikologis (Brunner & Suddarth, 2002).

b. Klasifikasi nyeri secara spesifik

Nyeri secara spesifik terdiri dari:

1) Nyeri *supervisial*

Nyeri *supervisial* yaitu yang timbul akibat stimulasi terhadap kulit seperti laselarsi. Nyeri ini memiliki durasi yang pendek dan sensasi yang tajam.

2) Nyeri somatik yaitu nyeri yang terjadi pada otot dan tulang bersifat tumpul dengan adanya peregangan dan iskemia.

3) Nyeri *visceral* yaitu nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal. Nyeri yang timbul memiliki durasi yang lama dan sensasi yang tumpul.

4) Nyeri sebar yaitu sensasi nyeri yang meluas dari daerah asal ke bagian tubuh tertentu.

5) Nyeri fantom yaitu nyeri khusus yang dialami klien yang mengalami amputasi.

6) Nyeri alih yaitu nyeri yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ lain, sehingga dirasakan beberapa nyeri pada beberapa tempat atau lokasi (Anas, 2007).

c. Nyeri berdasarkan organ:

Klasifikasi berdasarkan organ meliputi:

- 1) Nyeri organik yaitu nyeri yang diakibatkan adanya kerusakan organ, penyebabnya umumnya akibat cedera atau pembedahan.
- 2) Nyeri neurogenik yaitu nyeri akibat gangguan neuron misalnya pada neuralgia.
- 3) Nyeri psikogenik yaitu nyeri akibat faktor psikologis dari gangguan organ (Anas, 2007).

8. Pengukuran Nyeri

Menurut Perry dan Potter (2006), nyeri tidak dapat diukur secara objektif dengan *X-Ray* atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku klien, serta dengan pengkajian nyeri (Taylor, 2010; RNAO, 2013):

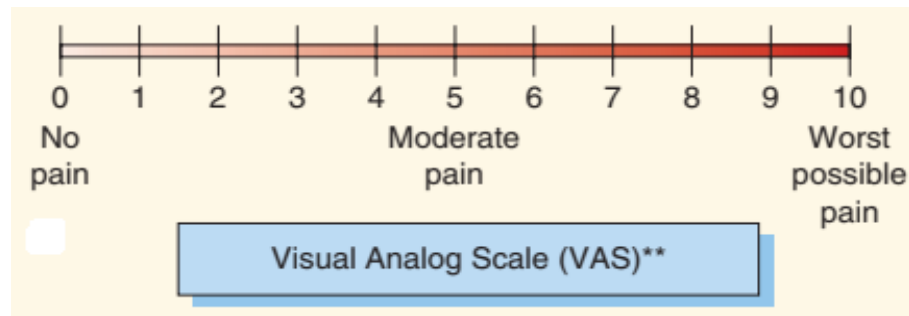
- a. O (*Onset*): Waktu kejadian nyeri
- b. P (*Pemacu*): Faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- c. Q (*Quality*): Kualitas nyeri dikatakan seperti apa yang dirasakan pasien misalnya, seperti diiris-iris pisau, dipukul, disayat, berdenyut.
- d. R (*Region*) : Daerah perjalanan nyeri
- e. S (*Severity*) : Keparahan atau intensitas nyeri
- f. T (*Time*) : Lama waktu serangan atau frekuensi nyeri

- g. U (*Understanding*): Pengetahuan dan pemahaman pasien dan keluarga terhadap nyeri yang dirasakan klien.
- h. V (*Value*): nilai-nilai yang dianut pasien serta tujuan dan kenyamanan ingin dicapai terhadap penanganan nyeri yang dialami saat ini.

Skala nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri, 2007). Kedalaman dan kompleksitas teknik untuk penilaian nyeri bervariasi. Idealnya, cara untuk penilaian ini mudah digunakan, mudah dimengerti oleh pasien, dan valid, sensitif serta dapat dipercaya. Skala nyeri yang dapat digunakan yaitu *Wong and Baker Face pain Rating Scale Simple Verbal Descriptive Scale* (SVDS), Skala Analog Visual (Hockenberry & Wilson, 2014).

1) *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala ini didefinisikan sebagai garis vertikal dan horizontal yang dibuat sampai dengan panjang tertentu, seperti 10 cm, dan ditambahkan oleh hal-hal yang mewakili fenomena subyektif yang ekstrim (Hockenberry & Wilson, 2014).



Sumber: Timby & Smith, 2010

Gambar 2.2. Visual Analog Scale

2) Face pain rating scale.



(Sumber: Wong-Baker Faces, Pain-Rating Scale)

Gambar 2.3. Wong Baker Faces

Wong-Baker Faces Pain-Rating

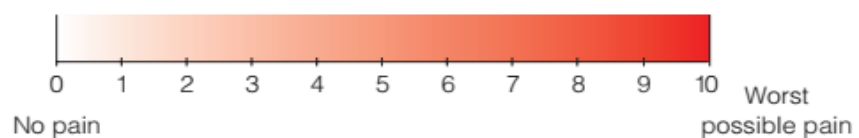
Scale meliputi skala angka yang diikuti oleh ilustrasi ekspresi wajah sehingga intensitas nyeri dapat diidentifikasi. Ketika menggunakan Faces rating scale, penting diingat ekspresi wajah klien tidak harus sama persis dengan gambar. Titik nyeri klien harus mewakili sejauhmana nyeri yang dikaji sesuai dengan yang dialami klien.



Wong-Baker *Faces Pain-Rating Scale* ini dimunculkan karena beberapa alasan. Tidak semua klien mengerti atau terkait dengan *numerical pain intensity scales*. Hal ini termasuk anak-anak yang belum Gambar 2.4. Wong Baker Faces bisa bicara, orang dewasa gangguan kognisi atau komunikasi dan seseorang yang tidak bicara dalam Bahasa Inggris.

3) *Numeric Pain Rating Scale* (NRS)

The numeric rating scale (NRS) adalah suatu garis horizontal dengan angka dari rentang 0 sampai 10 dari kiri ke kanan. Ada tiga deskriptor nyeri yang terletak disepanjang skala tersebut mulai dari: “Tidak nyeri,” “Nyeri sedang,” dan “Nyeri Berat.” Seorang pasien diinstruksikan bagaimana menggunakan skala ini, yang sebenarnya relative mudah untuk menggunakan pengkajian ini secara lengkap dalam dalam beberapa menit, dan membuat pengkajian menjadi lebih mudah baik pada pasien atau para klinisi termasuk dalam pendokumentasiannya (Osborn, *et. al*, 2010).



Sumber: Berman, Snyder, & Frandsen, 2016

Gambar 2.5. Penilaian nyeri menurut *Numeric Pain Rating Scale* (NRS),

Keterangan:

- a) Angka 0 = tidak ada nyeri

- b) Angka 1 – 3 = nyeri ringan: secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik. Terasa kram pada perut bagian bawah, masih dapat ditahan, masih dapat melakukan aktifitas, masih bisa berkonsentrasi.
- c) Angka 4 – 6 = nyeri sedang: secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Terasa kram pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, kurang nafsu makan, aktifitas terganggu.
- d) Angka 7 – 9 = nyeri berat: secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat diatasi rasa nyeri. Terasa kram berat pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, paha, punggung, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak kuat beraktifitas.
- e) Angka 10 = nyeri sangat berat: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul, tidak dapat beraktifitas.

4) *Simple Verbal Descriptive Scale (SVDS)*

Simple verbal descriptive scale (SVDS) juga menggunakan garis horizontal dengan rentang angka 0 to 10 dari kiri dan kanan. Interval deskriptor dari “Tidak nyeri,” “ringan,” “Tidak nyaman,” “*Distressing*,” “*Horrible*,” atau “*Excruciating*” yang memberi pasien beberapa pilihan deskriptif. Dengan menggunakan NRS, pengukuran

relative mudah dan cepat untuk kedua pihak, pasien dan klinisi.(Osborn, et. al, 2010).

Descriptive				
No pain	Mild pain	Moderate pain	Severe pain	Unbearable pain

Tidak Nyeri Sedikit Nyeri Nyeri Sedang Nyeri Berat Nyeri tak tertahankan

Sumber: Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013

Gambar 2.6. *Simple Verbal Descriptive Scale (SVDS)*

9. Penatalaksanaan Nyeri.

Berdasarkan perbedaan penyebab dan jenis nyeri, yang alami danyang terus menerus, maka penatalaksanaan diperlukan denganpendekatan berbagai disiplin ilmu. Elemen dalam pendekatan meliputi penatalaksanaan berdasarkan penyebab nyeri, terapi farmakologi, nonfarmakologi, beberapa tindakan invasif.

Penatalaksanaan penyebab nyeri berdasarkan ide untuk mengatasihai tersebut. Cedera diperbaiki, penyakit didiagnosis, dan hal-hal yang terkait dengan nyeri diantisipasi dan dilakukan penatalaksanaanprofilaksis sebagai pencegahan. Tidak ada jaminan nyeri yangdirasakan akan segera hilang. Penyembuhan nyeri tergantung padanyeri dan kualitas hidup akibat kerusakan.

a. Penatalaksanaan non farmakologi.

Berbagai teknik non farmakologi seperti distraksi, relaksasi, guided imagery, stimulasi kulit memberikan strategi koping yang membantu menurunkan tingkat nyeri, sehingga nyeri

dapat ditolerir, cemas menurun, dan efektifitas pereda nyeri meningkat (Wong & Hockenberry, 2014).

Beberapa tindakan nonfarmakologis terkait penatalaksanaan nyeri diantaranya adalah sentuhan, distraksi, akupressur, relaksasi dan imajinasi, *guided imagery*, *biofeedback*, dan hipnosis (Perry & Potter, 1999). Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang digunakan untuk menghilangkan nyeri. Masase, mandi air hangat, kompres menggunakan kantong es, dan stimulasi saraf transkutan (TENS) merupakan langkah-langkah sederhana dalam upaya menurunkan nyeri. Cara kerja stimulasi kutaneus belum jelas, namun adanya pemikiran bahwa pelepasan endorfin sehingga transmisi stimulus nyeri terblokir. Teori gate kontrol menyatakan bahwa stimulasi kutaneus ini mengaktifkan transmisi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A berdiameter kecil. Gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri (Potter, & Perry, Stockert, & Hall, 2013). Menurut hasil penelitian penggunaan prosedur stimulasi kulit sangat berguna dan mudah dilaksanakan di ruang gawat darurat, penelitian dilakukan dengan mengidentifikasi tekanan darah pasien (Sylvia, 2000).

b. Penatalaksanaan farmakologi.

Obat-obatan pereda nyeri disebut dengan analgesik meliputi obat *non steroid anti inflammation drugs* (NSAIDs),

asetaminofen, narkotik, antidepresan, antikonvulsan, dan lain sebagainya. NSAIDs dan asetaminofen mudah dijumpai di toko dan merupakan obat yang perlu resep dokter, biasanya digunakan untuk penatalaksanaan nyeri dengan obat. Obat-obatan ini juga digunakan bersama dengan obat lain sesuai dengan petunjuk resep dokter. NSAIDs meliputi aspirin, ibuprofen (motrin, advil, nuprin), naproxen sodium (aleve) dan ketoprofen (oridus KT). Obat-obat tersebut digunakan untuk mengatasi nyeri dari inflamasi dan bekerja dengan cara menghambat produksi prostaglandin yang meningkat oleh karena timbulnya nyeri seperti prostaglandin. Asetaminofen juga efektif dalam mengatasi nyeri namun kemampuan dalam mengurangi inflamasi sangat terbatas.

2.3 Konsep Nyeri Persalinan

1. Definisi Nyeri Persalinan

Intensitas nyeri persalinan merupakan salah satu nyeri berat yang dirasakan dan dialami oleh sebagian perempuan (Ranjbaran, et. al, 2017; Hajjamini, et. al, 2012). Nyeri persalinan ringan terjadi pada 15% ibu yang bersalin, yang merasakan nyeri sedang sebanyak 35%, nyeri berat pada 30% kasus melahirkan, dan sisanya 20% menyebabkan nyeri yang sangat berat (Abushaikha, & Oweis. 2005; Rahimi, et. al, 2018). Nyeri adalah fenomena yang kompleks dan bersifat pribadi (Rukiyah, 2009).

Nyeri adalah suatu *fear-tension pain syndrome*, yaitu sensasi yang timbul akibat kontraksi otot Rahim bagian bawah, yang dipersepsi ibu bersalin sebagai nyeri (Yanti, 2009). Nyeri persalinan merupakan bagian dari proses yang normal (Maryani, 2010). Nyeri adalah suatu pengalaman secara emosional dan berhubungan dengan perasaan yang tidak enak yang dihubungkan dengan kerusakan jaringan secara nyata atau potensial (Judha, 2012).

Nyeri persalinan sebagai kontraksi miometrium merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu (Andarmoyo, 2013). Nyeri adalah fenomena multifaktorial, yang subjektif personal, dan kompleks yang dipengaruhi oleh faktor psikologis, biologis, sosial budaya, dan ekonomi (Fraser, 2011).

2. Penyebab Nyeri Persalinan Kala I

Persalinan dibagi 4 kala. Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*blood show*) lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks itu membuka.

Proses membukanya serviks dibagi dalam dua fase yaitu fase laten berlangsung selama 8 jam, pembukaan ini sangat lambat dan berlangsung sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase aktif terdiri dari 3 fase lagi yaitu fase akselerasi terjadi dalam waktu 2 jam pembukaan 3-4 cm, fase dilatasi maksimal terjadi dalam waktu 2 jam dari 4-9 cm, dan fase deselerasi dalam waktu 2 jam dimulai dari pembukaan 9 sampai lengkap (Sarwono, 2006).

3. Fisiologis Nyeri Persalinan

Beberapa sistem tubuh terpengaruh oleh nyeri persalinan berkaitan dengan peningkatan frekuensi nafas. Hal ini menyebabkan penurunan kadar PaCO₂ yang disertai dengan peningkatan pH. Kemudian, janin juga terpengaruh, dan selanjutnya terjadi penurunan PaCO₂ janin. Hal ini dapat diketahui dengan adanya deselerasi akhir pada kardiotokograf.

Keseimbangan asam-basa sistem juga dapat berubah karena hiperventilasi dan latihan pernafasan. Alkalosis kemudian dapat mempengaruhi difusi oksigen ke plasenta sehingga terjadi hipoksia janin. Curah jantung meningkat selama kala satu dan kala dua persalinan. Peningkatan ini dapat mencapai 20% dan 50%. Hal ini terjadi akibat kembalinya darah uterus ke sirkulasi maternal yang berjumlah sekitar 250-300 ml pada setiap kontraksi, nyeri, kekhawatiran, dan ketakutan dapat menyebabkan respons simpatik sehingga curah jantung dapat

menjadi lebih besar. Kedua sistem tersebut dipengaruhi oleh pelepasan katekolamin. Adrenalin (*efinefrin*) yang terdiri atas 80% katekolamin, memiliki efek mengurangi aliran darah uterus yang pada gilirannya akan menyebabkan penurunan aktifitas uterus (Fraser, 2011).

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan pembukaan hingga pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (ataupada akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (atau akhir kala I persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan (Varney, et. al, 2019).

4. Mekanisme Nyeri Persalinan

Menurut Muhuman (1996; Andarmoyo, 2013), mekanisme persalinan dimulai pembukanya mulut rahim pada kala pembukaan, misalnya peregangan otot polos merupakan rangsangan yang cukup menimbulkannya nyeri, terdapat hubungan erat antara besar pembukaan mulut Rahim dengan intensitas nyeri (makin membuka makin nyeri), dan diantar timbulnya rasa nyeri dengan timbulnya kontraksi Rahim (rasa nyeri terasa kurang lebih 15-30 detik setelah mulainya kontarksi).

Nyeri disebabkan oleh tertekannya ujung saraf sewaktu rahim berkontraksi dan teregangnya bagian bawah. Kontraksi mulut rahim teori ini kurang dapat diterima, oleh karena jaringan mulut rahim hanya sedikit mengandung jaringan otot. Peregangan jalan lahir bagian bawah

peregangan jalan lahir oleh kepala janin pada akhir kala pembukaan dan selama kala I pengeluaran menimbulkan rasa nyeri paling hebat dalam proses persalinan (Andarmoyo, 2013).

5. Karakteristik Nyeri pada Kala I

Karakteristik nyeri kala I meliputi, (Unimus, 2013):

a. Fase laten

Pada fase ini, pasien memiliki integritas ego senang dan cemas. Nyeri kontraksi dalam skala ringan dan lamanya kontraksi masing-masing 5-30 menit berkisar 10-30 detik.

b. Fase aktif

Aktifitasnya masih dapat menunjukkan bukti kelelahan. Integritas ego dapat lebih serius dan terhanyut pada proses persalinan dan ketakutan tentang kemampuan pengendalian pernafasan atau melakukan teknik relaksasi. Nyeri kontraksi dalam skala sedang tiap 3,5-5 menit berakhir 30-40 menit. Dalam fase ini terjadi dilatasi serviks 4-8 cm.

c. Fase transisi

Memiliki integritas ego yaitu perilaku peka, sulit mempertahankan kontrol, memerlukan pengingat tentang pernafasan, mungkin amnestik, dapat menyatakan "saya tidak tahan lagi". Nyeri kontraksi dalam skala berat. Kontraksi selama 2-3 menit, dan berakhir 45-60 detik. Adanya ketidaknyamanan hebat pada area

abdomen, dapat menjadi gelisah, menggeliat-liat karena nyeri, bahkan tremor kaki dapat terjadi. Fase ini terjadi dilatasi serviks 8-10 cm (Unimus, 2013).

2.4 Konsep Pijat (*Massage*) *Effleurage*

1. Pengertian

Massage (pijatan) adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi. Gerakan-gerakan dasar meliputi: gerakan memutar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong kedepan dan kebelakang menggunakan tenaga, menepuk-nepuk, memotong-motong, meremas-remas, dan gerakan meliuk-liuk. Setiap gerakan-gerakan menghasilkan tekanan, arah, kecepatan, posisi tangan, dan gerakan yang berbeda-beda untuk menghasilkan efek yang diinginkan pada jaringan yang dibawahnya (Henderson, 2006).

Salah satu metode yang sangat efektif dalam menanggulangi nyeri adalah dengan *massage* yang merupakan salah satu metode nonfarmakologi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan.

Dasar teori *massage* adalah *teori gate control* yang dikemukakan oleh Melzak dan Wall (dalam Tamsuri, 2007). Teori ini menjelaskan

tentang dua macam serabut syaraf berdiameter kecil dan serabut berdiameter besar yang mempunyai fungsi yang berbeda. Perawat mempunyai andil yang sangat besar dalam mengurangi nyeri nonfarmakologi. Intervensi yang termasuk dalam pendekatan nonfarmakologi adalah analgesia psikologis yang dilakukan sejak awal kehamilan, relaksasi, *massage*, *stimulasi kuteneus*, aroma terapi, hipnotis, akupunktur dan yoga (Ricci, 2013; Ricchi, Kyle, & Carman, 2013).

Effleurage berasal dari bahasa Perancis. Ketika catatan dari DR. Fernand Lamaze diterjemahkan dari bahasa Perancis ke dalam bahasa Inggris, salah satu kata yang baru adalah *effleurage* (Moondragon, 2006). Oleh sebab itu, teknik pijat *effleurage* termasuk salah satu cara nonfarmakologi yang merupakan metode Lamaze (Pillitteri, 2016).

Definisi *effleurage massage* atau pijatan pada abdomen (*effleurage*) adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan untuk menurunkan nyeri secara efektif. *Effleurage* ini merupakan teknik pemijatan (*massage*) berupa usapan lembut, lambat, dan panjang atau tidak putus-putus. Lebih lengkap lagi, Murray & McKinney, (2014), menjelaskan bahwa pijat *effleurage* merupakan teknik pemijatan berupa usapan lembut, lambat, dan panjang atau tidak putus-putus dengan menggunakan telapak jari tangan dengan pola gerakan melingkar pada perut dan bagian tubuh lainnya selama kontraksi bisa juga di paha dan sering juga dilakukan pada punggung dan pinggang bagian bawah.

2. Manfaat Teknik *Effleurage*

Disebutkan bahwa teknik *effleurage* bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, memberi tekanan, menghangatkan otot abdomen dan meningkatkan relaksasi fisik dan mental (*Jurnal occupational and environment medicine*, 2008). Pengaruh mekanis dari *effleurage* adalah membantu kerjapembuluh darah balik (vena) dan menyebabkan timbulnya panastubuh sehingga manipulasi *effleurage* dapat berfungsi sebagai pemanasan (warning up) (Gasibath & Suwehli, 2017).

Pengaruh fisiologi dari gosokan yang kuat merangsang system saraf simpatis dan otot-otot memicu respon relaksasi serta meningkatkan pengembalian darah, mempengaruhi sirkulasi darah pada jaringan yang paling dalam (Gasibath & Suwehli, 2017). *Effleurage* merupakan teknik masase yang aman, mudah, tidak perlubanyak alat, tidak perlu biaya, tidak memiliki efek samping dan dapat dilakukan sendiri atau dengan bantuan orang lain (Nisofa, 2002).

Teknik ini menimbulkan efek relaksasi. Hal ini dikarenakan pijatan pada pinggang bawah menyebabkan relaksasi pada otot-otot paravertebral dan meningkatkan suplai darah, disamping itu memberikan distraksi dan menjadi alternatif titik focal adanya stimulus (Lowdermilk, Perry, Cashion & Alden, 2012). Relaksasi yang dialami ibu merangsang otak untuk menurunkan kadar hormon adrenalin dan meningkatkan produksi oksitosin yang merupakan faktor penting timbulnya kontraksi uterus yang adekuat (Chapman, 2006).

3. **Prosedur Pelaksanaan Pijat *Effleurage***

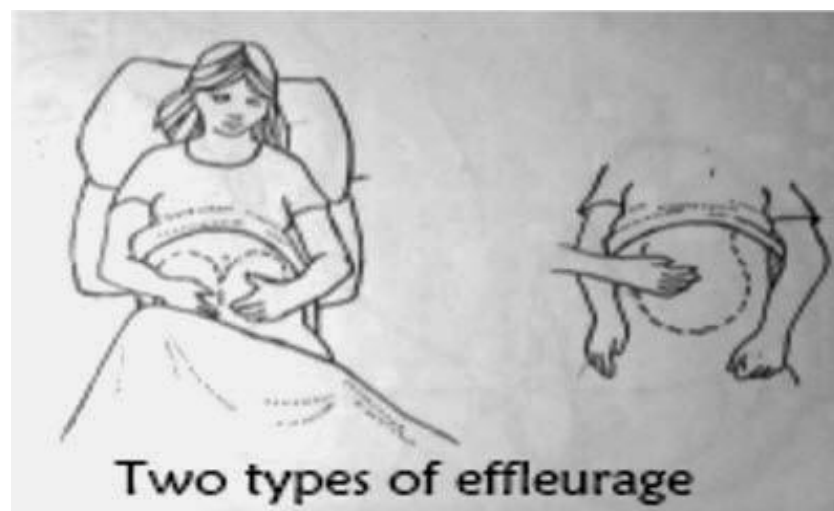
Secara garis besarnya, teknik yang digunakan pada pijat *effleurage* yaitu usapan lembut, lambat, dan panjang atau tidak putus-putus. Dalam persalinan, *effleurage* dilakukan dengan menggunakan ujung jari yang ditekan lembut dan ringan. Lakukan usapan dengan ringan dan tanpa tekanan kuat, tetapi usahakan ujung jari tidak lepas dari permukaan kulit (Maemunah, 2009).

Menurut Wijanarko et al (2010), *effleurage* (menggosok) adalah teknik pijatan dengan menggunakan jari-jari tangan rapat mencakup otot punggung, gosokan menuju arah jantung dan dilakukan secara berirama dan kontinyu. Teknik *massage* ini digunakan sebagai manipulasi pembuka dan penutup.

Prosedur teknik pijatan *effleurage* ini adalah sebagai berikut (Meladianmaulidah, 2012):

- a. Atur posisi tidur ibu dengan posisi tidur terlentang rileks dengan menggunakan satu atau dua bantal, kaki diregangkan 10 cm dengan kedua lutut fleksi dengan membentuk sudut 45 derajat.
- b. Pada waktu timbulnya kontraksi:
 - 1) Kaji respon fisiologis dan respon psikososial pasien.
 - 2) Kaji dan tanyakan kualitas nyeri yang dirasakan berdasarkan skala nyeri.
- c. Pada waktu timbul kontraksi berikutnya:

- 1) Letakkan kedua telapak ujung-ujung jari tangan di atas simfisis pubis.
 - 2) Bersama inspirasi pelan, usapkan kedua ujung-ujung jaritangan dengan tekanan yang ringan, tegas, dan konstan kesamping mengelilingi samping abdomen menuju ke arah fundus uteri.
 - 3) Setelah sampai fundus uteri seiring dengan ekspirasi, pelan-pelan usapkan kedua ujung-ujung jari tangan tersebut menuju perut bagian bawah di atas simfisis pubis melalui umbilikus.
- d. Lakukan gerakan ini berulang-ulang selama ada kontraksi (10-20 menit) tiap satu jam pada masa proses persalinan.
- e. Sudah dilakukan tindakan pijat *effleurage*:
- 1) Kaji respon fisiologis dan psikologis ibu.
 - 2) Tanyakan kualitas nyeri yang dirasakan berdasarkan skala nyeri.



Gambar 2.7 *Effleurage Massage*

2.5 Konsep Tekanan Darah

1. Pengertian

Tekanan darah atau teapatnya tekanan darah arteri adalah suatu tekanan yang diarahkan pada dinding pembuluh darah ketika darah mengalir melalui arteri. Karena darah bergerak bergelombang, maka tekanan darah dapat diukur pada dua bagian. Tekanan sistolik adalah tekanan darah pada dinding arteri sebagai hasil dari kontraksi ventrikel kiri, yaitu tekanan maksimum gelombang aliran darah tertinggi. Tekanan diastolik adalah tekanan ketika ventrikel dalam keadaan istirahat. Tekanan diastolik ini merupakan tekanan terendah yang terjadi sepanjang waktu di dalam arteri. Perbedaan antara tekanan sistolik dan diastolic disebut tekanan nadi. Tekanan nadi normal sekitar 40 mm Hg (Kozier, dkk., 2018).

Tekanan darah diukur dalam millimeter air raksa (mm Hg) dan dicatat sebagai sebuah fraksi: tekanan sistolik diatas tekanan diastolik. Secara tradisional para professional kesehatan baru berasumsi bahwa tekanan darah pada orang dewasa sehat berada pada 120/80 mmHg (dengan tekanan nadi 40 mmHg) (Kozier, dkk., 2018).

2. Penentu/ Determinan Tekanan Darah

Tekanan darah arteri ditentukan oleh aliran darah dan resistensi terhadap aliran darah tersebut, yang diindikasikan oleh rumus berikut:

$MAP = CO \times SVR$, dimana MAP singkatan dari mean arterial pressure (tekanan dalam arteri selama siklus jantung), CO singkatan dari cardiac output, dan SVR singkatan dari *systemic vascular resistance*.

a. *Cardiac Output* □

Cardiac output adalah volume darah yang dipompakan ke dalam arteri oleh jantung. Hal ini dilihat sebagai indikator aksi pemompaan jantung. Jika pemompaan oleh jantung lemah, maka akan sedikit darah yang akan dipompakan ke dalam arteri, dan tekanan darah menurun. Jika aksi pemompaan jantung kuat dan volume darah yang dipompakan ke dalam sirkulasi meningkat, dan tekanan darah meningkat.

b. *Systemic Vascular Resistance* □

Systemic vascular resistance (SVR), merupakan resistensi terhadap pemompaan jantung yang mendorong darah masuk ke sirkulasi sistemik (termasuk ke dalam vaskuler paru), yang dipengaruhi oleh ukuran arteriole dan kapiler daya regang (compliance) arteri, volume darah, dan kekentalan (viscosity) darah. Peningkatan SVR menunjukkan peningkatan tekanan darah, penurunan SVR menunjukkan penurunan tekanan darah. Tekanan diastolik terutama dipengaruhi oleh resistensi vaskuler perifer (Kozier, dkk., 2018).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tekanan Darah

Umur, olahraga, stress, ras, obesitas, jenis kelamin, obat-obatan, asupan garam dan kondisi kesehatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah (Kozier, dkk., 2018).

1) Umur

Bayi baru lahir memiliki rata-rata tekanan sistolik sekitar 75 mmHg. Tekanan naik sejalan bertambahnya umur dan mencapai puncaknya pada masa pubertas, kemudian cenderung menurun pada masa setelahnya. Pada orang dewasa tua, elastisitas arteri menurun—arteri lebih kaku dan kenyal terhadap tekanan darah. Hal inilah yang menyebabkan peningkatan tekanan sistolik. Karena dinding sudah tidak bereaksi terutama dalam fleksibilitas terhadap tekanan darah, tekanan darah sistolik mungkin juga ikut tinggi.

2) Olahraga

Aktivitas fisik meningkatkan cardiac output dan tekanan darah; dengan demikian, 30 menit istirahat setelah latihan atau olahraga baru dapat diukur tekanan darahnya yang dianggap reliabel.

3) Stress.

Stimulasi sistem saraf simpatis meningkatkan curah jantung dan vasokonstriksi arteriol, sehingga meningkatkan tekanan darah. Efek jas putih (*white coat hypertension*) menggambarkan peningkatan tekanan darah yang terjadi karena stres yang

ditimbulkan ketika pergi ke rumah sakit atau klinik untuk penilaian atau pengukuran tekanan darah. Namun, nyeri hebat dapat menurunkan tekanan darah dan menyebabkan syok dengan menghambat pusat vasomotor dan menghasilkan vasodilatasi.

4) Obesitas

Umumnya, orang yang kelebihan berat badan dan obesitas memiliki tekanan darah lebih tinggi daripada orang dengan berat normal. Obesitas pada masa kanak-kanak dan dewasa mempengaruhi orang-orang terhadap hipertensi.

5) Jenis kelamin/Sex.

Setelah pubertas, perempuan memiliki tekanan darah lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki pada usia yang sama; perbedaan ini diduga disebabkan oleh variasi hormon. Wanita umumnya memiliki tekanan darah tinggi setelah menopause.

6) Obat-obatan.

Banyak obat dapat meningkatkan atau menurunkan tekanan darah (mis., Dekongestan simpatomimetik dan kafein meningkatkan tekanan darah; opioid dan beta-blocker menurunkan tekanan darah); perawat harus menyadari produk yang dijual bebas dan "alami" yang digunakan oleh

pasien dan meninjau kemungkinan dampaknya terhadap tekanan darah.

7) Asupan garam/ natrium

Asupan garam atau natrium yang tinggi dapat meningkatkan pelepasan hormon natriuretik, yang secara tidak langsung berkontribusi terhadap hipertensi. Selain itu, natrium merangsang mekanisme vasopresor, yang menyebabkan vasokonstriksi. Asupan natrium tidak lebih dari 2000 mg direkomendasikan untuk pencegahan hipertensi (CHEP, 2016).

8) Variasi diurnal.

Tekanan darah biasanya terendah sejak dini di pagi hari, ketika tingkat metabolisme terendah, kemudian naik sepanjang siang hari, dan memuncak di akhirsore hari.

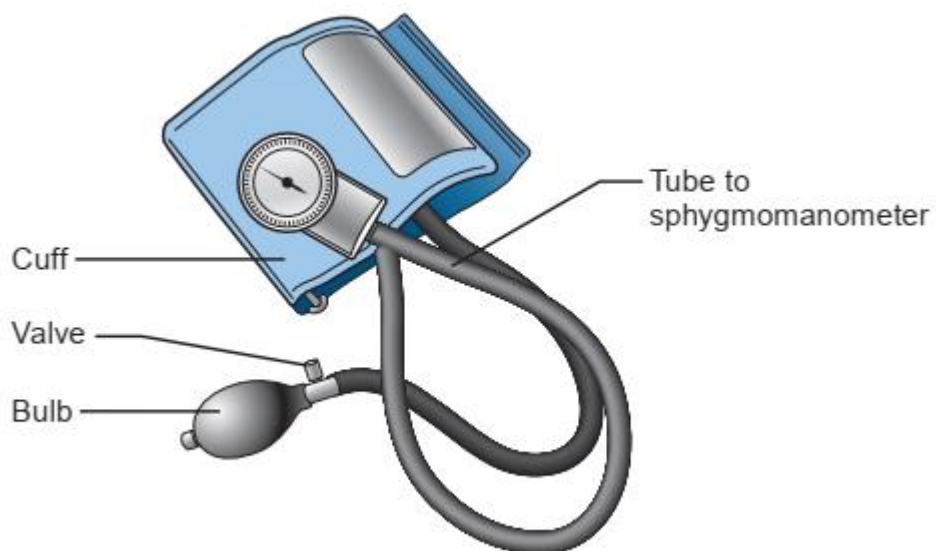
9) Kondisi medis/ kesehatan

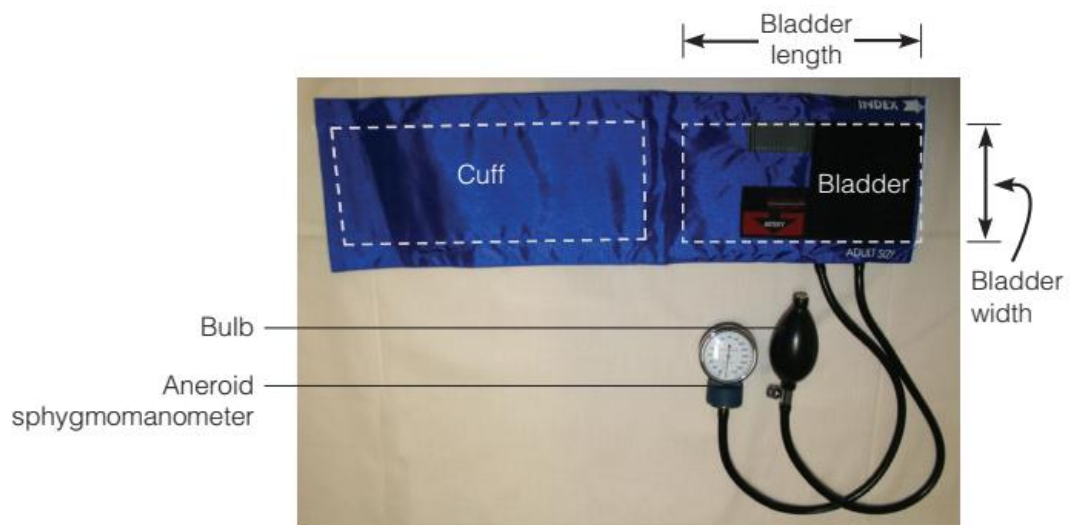
Segala kondisi yang memengaruhi jantungoutput, volume darah, kekentalan darah, atau daya regang arteri memiliki efek langsung pada tekanan darah.

3. Mengukur Tekanan Darah

- a. Secara tradisional, tekanan darah diukur dengan cuff tekanan darah, sphygmomanometer, dan stethoscope. Cuff tekanan darah tradisional terdiri dari balon karet yang dapat mengembang terisi udara. Balon dilapisi oleh kain yang dihubungkan dengan dua selang yang

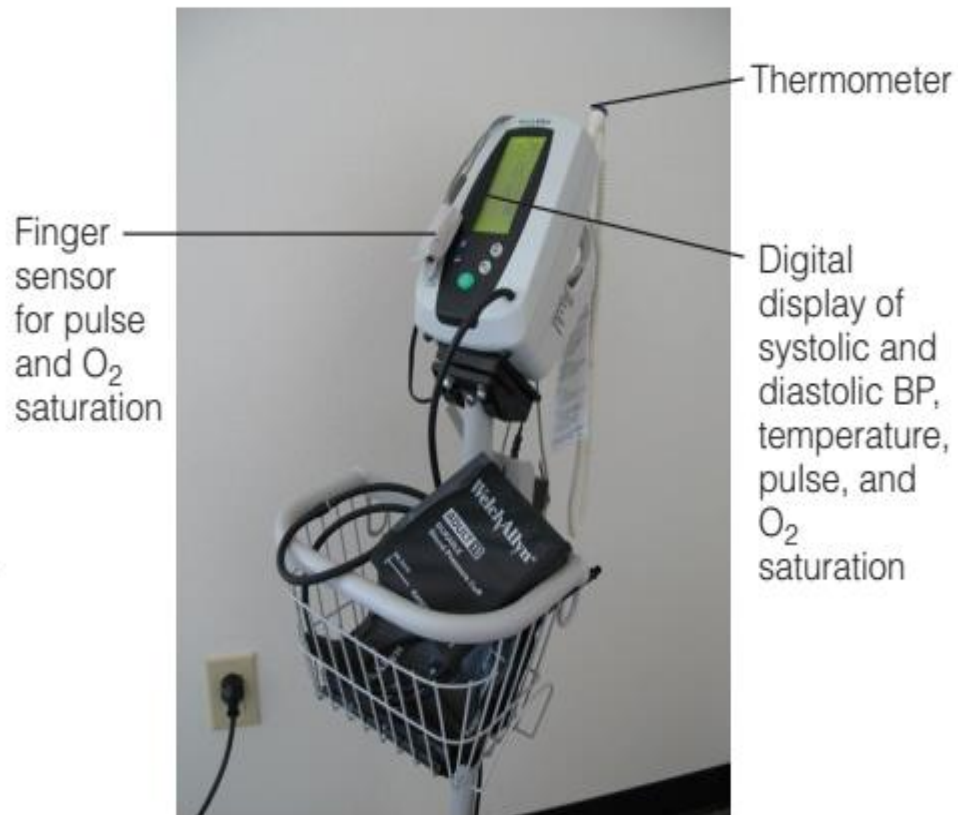
langsung melekat pada balon tersebut. Satu selang terhubungan dengan balon pemompa untuk mengembangkan balon. Satu selang terhubung ke balon yang mengembang saat dipompa. Sebuah katup kecil di ujung balon pompa yang akan meniupkan udara balon cuff. Ketika katup ditutup, udara yang dipompa ke balon cuff tetap ada di dalamnya. Selang lainnya terpasang ke sphygmomanometer. Sphygmomanometer akan menunjukkan tekananudara di dalam balon cuff. Sphygmomanometer terbagi dalam dua jenis: aneroid dan digital. Sphygmomanometer aneroid adalah alat yang dikalibrasi dengan jarum yang menunjuk ke tanda yang berkorelasi dengan nilai tekanan darah (lihat Gambar 2.8).





Gambar 2.8. Sphygmomanometer

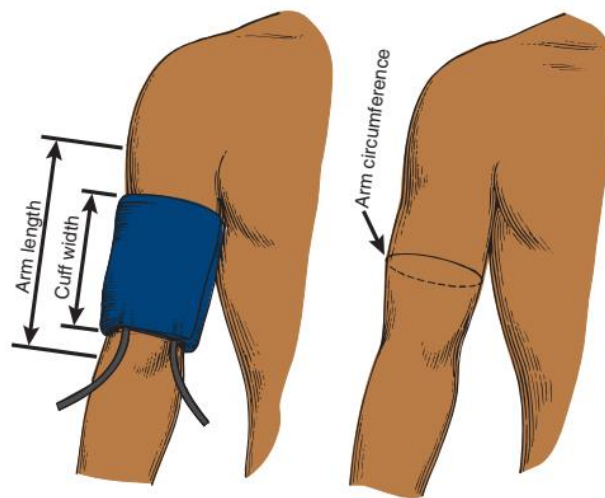
Sebagian besar fasilitas pelayanan kesehatan telah menggunakan sphygmomanometer elektronik (osilometrik) (Gambar 2.9), yang menghilangkan tindakan auskultasi ketika mendengarkan suara tekanan darah sistolik dan diastolik pasien melalui stetoskop. CHEP (2016), saat ini merekomendasikan bahwa pengukuran menggunakan perangkat lengan atas elektronik (osilometrik) lebih disukai daripada menggunakan alat yang masih menggunakan metode auskultasi.



Gambar 2.9. Osilometrik

b. Tempat pengukuran Tekanan darah

Tekanan darah biasanya diukur di lengan pasien di tempat terdapat arteri brakialis dan dengan menggunakan stetoskop standar. Jika lengan sangat besar atau kecacatan bentuk lengan dan manset konvensional tidak dapat dipakai dengan benar, pengukuran kaki atau tangan dapat dijadikan alternatif.



Sumber: Perry dan Potter, 2019

Gambar 2.10. Pemasangan manset

c. Metode

Tekanan darah dapat dinilai secara langsung atau tidak langsung. Pengukuran langsung (pemantauan invasif) – melibatkan penyisipan kateter ke dalam arteri brakialis, radial, atau femoralis. Tekanan arteri direpresentasikan sebagai bentuk seperti gelombang yang ditampilkan pada osiloskop. Dengan penempatan yang benar, pembacaan tekanan ini sangat akurat. Dua metode tidak langsung noninvasif – pengukuran tekanan darah adalah metode auskultasi dan palpatori. Metode auskultasi - paling sering digunakan di rumah sakit, klinik, dan rumah. Peralatan yang dibutuhkan adalah sphygmomanometer, manset, dan stetoskop. Ketika dilakukan dengan benar, metode auskultasi relatif akurat. Ketika mengambil tekanan darah dengan

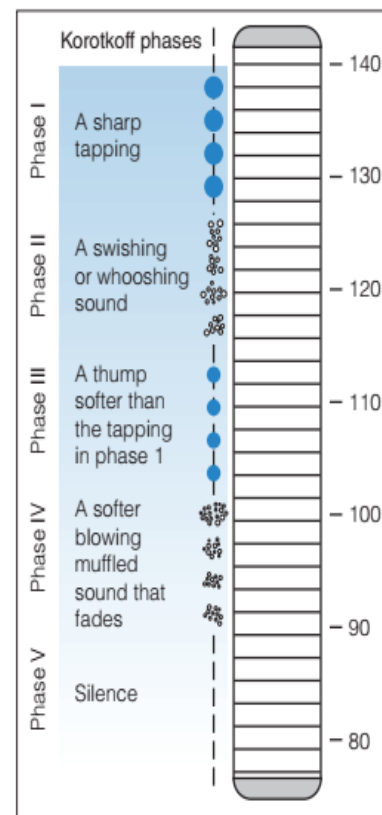
menggunakan stetoskop, perawat mengidentifikasi lima fase dalam rangkaian bunyi arteri yang disebut bunyi Korotkoff (Lihat gambar 2.11). Pertama, perawat memompa manset hingga sekitar 30 mm Hg di atas tekanan sistolik palpasi (ketika denyut nadi tidak lagi terasa — ini adalah titik ketika aliran darah di arteri dihentikan). Tekanan dilepaskan perlahan (2 mmHg/ detak), sementara perawat mengamati pembacaan pada manometer dan berhubungan mereka dengan suara yang terdengar melalui stetoskop. Lima fase tersebut adalah:

1) Fase I: Korotkoff I.

Tekanan saat suara terdengar, ketukan jelas, atau bunyi terdengar dup. Suara-suara ini secara bertahap menjadi lebih intens. Suara ketukan pertama yang terdengar selama deflasi manset adalah tekanan darah sistolik.

2) Fase II: Korotkoff II

Periode selama deflasi



Sumber: Perry dan Potter, 2019

Gambar 2.11 Korotkoff Fas

manset ketika suara memiliki kualitas teredam atau mendesah.

3) Fase III: Korotkoff III

Periode di mana darah mengalir dengan bebas melalui arteri yang semakin terbuka, dan suara meningkat dalam kenyaringanannya dan mengembangkan kualitas suara yang bergetar.

4) Fase IV: Korotkoff IV

Ketika ketika suara menjadi teredam lagi dan memiliki kualitas yang lembut dan bertiup.

5) Fase V: Korotkoff V

Tingkatan dimana suara terakhir terdengar. Ini diikuti oleh masa hening. Tekanan ketika suara terakhir terdengar adalah tekanan darah diastolik, dan itu adalah titik di mana suara menghilang.

Beberapa fasilitas pelayanan kesehatan memerlukan rekaman pengukuran fase I, fase IV, dan fase V.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Definisi asuhan keperawatan yang umum digunakan di Indonesia yang biasa digunakan oleh Ali (1997), dimana proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien. Definisi lain dari proses keperawatan adalah suatu kerangka kerja

pengambilan keputusan yang digunakan oleh semua perawat untuk menentukan kebutuhan pasiennya dan mengambil keputusan bagaimana perawatan akan dilakukan untuk pasien tersebut (Burton & Ludwig, 2015).

Proses keperawatan ini dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Asuhan keperawatan di berikan dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien.

Menurut Abraham Maslow ada lima kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan akan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan yang di mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengambilan data atau informasi yang sistematis, terus menerus, terorganisasi dan divalidasi serta didokumentasikan (Berman, Snyder, & Frandsen, 2016). Pengkajian ini mencakup pengumpulan informasi subyektif dan obyektif seperti tanda-tanda vital,

wawancara dengan pasien/ keluarga, pemeriksaan fisik, dan peninjauan riwayat kesehatan pasien/ keluarga termasuk yang ada di rekam medis pasien (Herdman & Kamitsuru, 2018).

a. Tujuan Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan. Diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus di ambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya.

b. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

c. Perumusan masalah

Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat di intervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis.

Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan kriteria penting dan segera. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu : Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

Pengkajian yang harus dilakukan pada ibu hamil inpartu kala I meliputi:

a. Anamnesis

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan, dan persalinan. Informasi ini digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai.

Pada anamnesis ini, tanyakan pada ibu:

- 1) Nama, umur dan alamat
- 2) Gravida dan para
- 3) Hari pertama haid terakhir (HPHT)
- 4) Kapan bayi akan lahir (menurut taksiran ibu)
- 5) Riwayat alergi obat-obat tertentu, alergi makanan dan atau debu
- 6) Riwayat kehamilan yang sekarang:
 - a) Apakah ibu pernah melakukan pemeriksaan antenatal? Jika ya, periksa kartu asuhan antenatalnya (jika mungkin).
 - b) Pernahkah ibu mendapat masalah selama kehamilannya?(misalnya: perdarahan, hipertensi, dll)?

- c) Kapan mulai kontraksi?
 - d) Apakah kontraksi teratur? Seberapa sering kontraksi terjadi?
 - e) Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?
 - f) Apakah selaput ketuban sudah pecah? Jika ya, apa warna cairan ketuban? Apakah kental atau encer?
 - g) Kapan saat selaput ketuban pecah? Lakukan pemeriksaan perineum ibu untuk melihat air ketuban dipakaianya).
 - h) Apakah keluar cairan bercampur darah dari vagina ibu? Apakah berupa bercak atau darah segar pervaginam? (Periksa perineum ibu untuk melihat darah segar atau lendir bercampur darah dipakaianya).
- 7) Riwayat kehamilan sebelumnya:
- a) Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (bedah sesar, persalinan dengan ekstraksi vakum atau forseps, induksi oksitosin, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, preeklampsia/ eklampsia, perdarahan pasca persalinan?).
 - b) Berapa berat badan bayi yang paling besar pernah ibulahirkan?.
 - c) Apakah ibu mempunyai bayi bermasalah pada kehamilan/ persalinan sebelumnya.
 - d) Riwayat medis lainnya (masalah pernafasan, hipertensi, gangguan jantung, berkemih, dan lain lain).
- 8) Masalah medis saat ini (sakit kepala, gangguan penglihatan, pusing atau nyeri epigastrium bagian atas). Jika ada, periksatekanan darahnya dan protein dalam urine ibu.

- 9) Pertanyaan tentang hal-hal yang belum jelas atau berbagai bentuk kekhawatiran lainnya.
- 10) Dokumentasikan semua temuan. Setelah anamnesis lengkap, lakukan pemeriksaan fisik.

b. Pemeriksaan Fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu danbayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin. Informasi dari hasilpemeriksaan fisik dan anamnesis diramu/diolah untuk membuat keputusanklinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhankeperawatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.Jelaskan pada ibu dan keluarganya tentang apa yang akan dilakukan selamapemeriksaan dan apa alasannya. Anjurkan mereka untuk bertanya danmenjawab pertanyaan yang diajukan sehingga mereka memahami kepentinganpemeriksaan. Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan fisik:

- 1) Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan fisik.
- 2) Tunjukkan sikap ramah dan sopan, tentramkan hati dan bantu ibu agarmerasa nyaman. Minta ibu menarik napas perlahan dan dalam jika iamerasa tegang/gelisah.
- 3) Minta ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya (jika perlu, periksajumlah urin dan adanya protein dan aseton dalam urine).
- 4) Nilai kesehatan dan keadaan umum ibu, suasana hatinya, tingkat kegelisahan atau nyeri kontraksi (dengan menggunakan skala

nyeri), warna konjungtiva, kebersihan, status gizi dan kecukupan cairan tubuh.

5) Nilai tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan). Untuk akurasi penilaian tekanan darah dan nadi ibu, lakukan pemeriksaan itu diantara dua kontraksi.

6) Lakukan pemeriksaan abdomen. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, pastikan dulu bahwa ibu sudah mengosongkan kandung kemihnya, kemudian minta ibu untuk berbaring. Tempatkan bantal di bawah kepala dan bahunya dan minta ibu untuk menekukkan lututnya. Jika ibu gugup, beri bantuan agar ia memperoleh rasa nyaman dengan meminta ibu untuk menarik napas dalam berulang kali. Jangan biarkan ibu dalam posisi telentang dalam waktu lebih dari sepuluh menit.

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- a) Menentukan tinggi fundus uteri.
- b) Memantau kontraksi uterus.
- c) Memantau denyut jantung janin.
- d) Menentukan presentasi.
- e) Menentukan penurunan bagian terbawah janin.

7) Lakukan periksa dalam (VT)

Sebelum melakukan periksa dalam, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu berkemih dan mencuci area

genitalia (jika ibu belum melakukannya) dengan sabun dan air. Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan selama pemeriksaan. Tenangkan hati dan anjurkan ibu untuk rileks. Pastikan privasi ibu terjaga selama pemeriksaan dilakukan.

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan dalam:

- a) Tutupi badan ibu sebanyak mungkin dengan sarung atau selimut.
- b) Minta ibu berbaring telentang dengan lutut ditekuk dan pahadibentangkan (mungkin akan membantu jika ibu menempelkan kedua telapak kakinya satu sama lain).
- c) Gunakan sarung tangan steril saat melakukan pemeriksaan.
- d) Gunakan kasa atau gulungan kapas steril yang dicelupkan ke larutan antiseptik. Basuh labia secara hati-hati, seka dari bagian depan ke belakang untuk menghindari kontaminasi feses (tinja).
- e) Periksa genitalia eksterna, perhatikan apakah ada luka atau massa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- f) Nilai cairan vagina dan tentukan apakah ada bercak darah, perdarahan per vaginam atau mekonium:
- g) Jika ada perdarahan per vaginam, jangan lakukan pemeriksaan dalam.

- h) Jika ketuban sudah pecah, lihat warna dan bau airketuban. Jika terlihat pewarnaan mekonium, nilai apakah kental atau encer dan periksa DJJ.
- i) Dengan hati-hati pisahkan labium mayus dengan jari manis dan ibu jari. Masukkan (hati-hati) jari telunjuk yang diikuti oleh jari tengah. Jangan mengeluarkan kedua jari tersebut sampai pemeriksaan selesai dilakukan. Jika selaput ketuban belum pecah, jangan melakukan tindakan amniotomi (merobeknya).
- j) Nilai vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- k) Nilai pembukaan dan penipisan serviks.
- l) Pastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
- m) Nilai penurunan bagian terbawah janin dan tentukan apakah bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul.
- n) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat

penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

- o) Jika pemeriksaan sudah lengkap, keluarkan kedua jaripemeriksaan (hati-hati) dan lepaskan sarung tangan.
- p) Cuci kedua tangan dan segera keringkan dengan handuk yangbersih dan kering.
- q) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang lebih nyaman.
- r) Jelaskan hasil-hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya
- s) Mencatat dan mengkaji hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/ proses kehidupan atau kerentanan terhadap respon tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA-I, 2013: Herdman & Kamitsuru, 2018). Melalui diagnosis kepeerawatan tersebut, seorang perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Nanda, 2012). Perumusan Diagnosis keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2016):

- a. Aktual: menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.

- b. Resiko: suatu penilaian klinis tentang kerentanan individu, keluarga, kelompok atau komunitas untuk mengembangkan suatu respon manusia yang tidak diinginkan terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan.
- c. Sindrom: Diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.
- d. Promosi kesehatan: suatu penilaian klinis mengenai motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan atau mengaktualisasikan potensi kesehatan manusia. Respon ini ditunjukkan dengan kesiapan untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu/ spesifik. Dan dapat digunakan pada semua status kesehatan. Respon promosi kesehatan mungkin ada pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas.

Dari keempat diagnosis ini tersebut diatas, dikelompok kembali menjadi diagnosis berfokus masalah yang meliputi diagnosis actual, risiko dan sindrom (Herdman & Kamitsuru, 2018). Namun di Indonesia dikelompokkan menjadi diagnosis negatif (aktual dan risiko) dan promosi kesehatan (PPNI, 2017).

Masalah atau Diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien hipertensi adalah (Perry, Hockenberry, Lowdermilk & Wilson, 2014):

1. Kecemasan ibu
2. Nyeri persalinan: akut

3. Risiko ketidakefektifan koping individu
4. Kelelahan

3. Perencanaan atau Rencana Keperawatan

Perencanaan ini merupakan fase ketiga dari proses keperawatan, yang didalamnya merupakan proses sistematis untuk pengambilan keputusan (decision making) dan usaha untuk mengatasi masalah (problem solving). Produk dari fase perencanaan ini adalah rencana perawatan pasien atau rencana asuhan keperawatan (Kozier, dkk., 2018).

Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan pasien jangka panjang (Potter & Perry, 2010).

Setelah diagnosis keperawatan diidentifikasi dan diprioritaskan, tahap selanjutnya adalah mengidentifikasi outcome dan intervensi keperawatan dan diakhiri dengan dokumentasi rencana keperawatan (Berman, Snyder, & Frandsen, 2016; Ackley, Ladwig & Makic, 2017; Kozier, dkk., 2018).

Pengidentifikasian outcome mengacu pada *Nursing Outcome Classification* (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2016). Hal

yang sama untuk rencana intervensi yang mengacu pada *Nursing Intervention Classification (NIC)* (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016).

Rencana keperawatan ibu inpartu kala I yaitu:

No	Diagnosis Nanda	Tujuan dan NOC	Rencana Tindakan NIC
1	Cemas berhubungan dengan krisis situasional	<p>NOC :Tingkat kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasa takut yang disampaikan secara lisan - Rasa cemas yang disampaikan secara lisan - Peningkatan tekanan darah - Peningkatan frekuensi nadi - Wajah tegang - Perasaan gelisah - Tidak dapat beristirahat - Berjalan mondar-mandir - Kesulitan berkonsentrasi - Otot tegang - Meremas-remas tangan - Kesulitan dalam menyampaikan masalah - Gangguan tidur - Pusing - Fatigue - Berkeringat dingin - Mengeluarkan rasa marah secara berlebihan <p>Keterangan Skala Likert :</p> <p>1: berat 2: cukup berat 3: sedang 4: ringan 5: tidak ada</p>	<p>NIC : Pengurangan Kecemasan</p> <p>1.1 Gunakan pendekatan yang tenang</p> <p>1.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien</p> <p>1.3 Jelaskan semua prosedur termasuk semua sensasi yang akan dirasakan</p> <p>1.4 Pahami situasi krisis yang terjadi dari perspektif klien</p> <p>1.5 Berikan informasi faktual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis</p> <p>1.6 Berada di sisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan</p> <p>1.7 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>1.8 Lakukan usapan pada punggung/leher dengan cara yang tepat</p> <p>1.9 Dengarkan klien</p> <p>1.10 Puji perilaku yang baik secara tepat instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi</p>
2.	Nyeri persalinan berhubungan dengan dilatasi serviks, ekspulsi fetal	<p>NOC: Kontrol Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenali kapan nyeri terjadi - Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik - Menggambarkan faktor penyebab - Melaporkan nyeri terkontrol - Mengenali apa yang terkait 	<p>NIC : Manajemen Nyeri</p> <p>2.1 Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.</p>

		<p>dengan gejala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan - Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada professional kesehatan - Menggunakan sumber daya yang tersedia - Menggunakan tindakan pencegahan - Menggunakan analgesik yang direkomendasikan <p>Keterangan skala Likert: 1: tidak pernah menunjukkan 2: jarang menunjukkan 3: kadang-kadang menunjukkan 4: sering menunjukkan 5: konsisten menunjukkan</p> <p>NOC : Tanda-tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik (4) - Tekanan darah diastoli (4) - Denyut nadi radial (4) - Tekanan nadi (4) - Tingkat pernapasan (4) <p>Keterangan Skala likert: 1: deviasi berat 2: deviasi cukup berat 3: deviasi sedang 4: deviasi ringan 5: tidak ada deviasi</p>	<p>2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif.</p> <p>2.3 Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.</p> <p>2.4 Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>2.5 Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan).</p> <p>2.6 Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.</p> <p>2.7 Ajarkan metode non farmakologi untuk menurunkan nyeri.</p> <p>2.8 Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan.</p> <p>2.9 Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</p> <p>2.10 Informasikan tim kesehatan lain/anggota keluarga mengenai strategi nonfarmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong pendekatan preventif terkait dengan manajemen nyeri.</p> <p>2.11 Gali penggunaan</p>
--	--	--	--

			<p>metode farmakologi yang dipakai pasien saat ini untuk menurunkan nyeri.</p> <p>NIC : Monitor tanda-tanda vital</p> <p>2.12 Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.</p> <p>2.13 Monitor tekanan darah setelah pasien minum obat jika memungkinkan.</p> <p>2.14 Monitor keberadaan dan kualitas nadi.</p> <p>2.15 Monitor nada jantung</p> <p>2.16 Monitor irama dan laju pernapasan (misalnya kedalaman dan kesimetrisan).</p> <p>2.17 Monitor suara paru-paru.</p> <p>2.18 Monitor oksimetri nadi.</p> <p>2.19 Monitor pola pernapasan abnormal (misalnya Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apneustic, ataksia dan bernafas berlebihan).</p> <p>2.20 Monitor warna kulit, suhu dan kelembaban.</p> <p>2.21 Monitor sianosis sentral dan perifer.</p>
3	Risiko ketidakefektifan koping individu berhubungan dengan	<p>NOC: Koping</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola koping yang efektif/Identifikasi pola koping yang tidak efektif 2. Menyatakan rasa terkendali 3. Melaporkan berkurangnya stress 4. Menyatakan penerimaan situasi 5. Mencari informasi yang dapat dipercaya tentang diagnosis 6. Mencari informasi yang dapat dipercaya tentang perawatan 7. Mengubah gaya hidup untuk mengurangi stress 8. Beradaptasi dengan perubahan hidup 9. Menggunakan sistem pendukung pribadi 10. Menggunakan perilaku untuk mengurangi stress 	<p>NIC: Peningkatan koping</p> <p>Aktivitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Bantu pasien dalam mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang sesuai 3.2 Bantu pasien dalam memeriksa sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 3.3 Bantu pasien dalam memecah tujuan kompleks menjadi langkah-langkah kecil yang dapat dikelola 3.4 Mendorong hubungan dengan orang-orang yang memiliki minat

		<p>11. Identifikasi berbagai strategi koping</p> <p>12. Menggunakan strategi koping yang efektif</p> <p>13. Hindari situasi yang terlalu membuat stress</p> <p>14. Menyatakan perlu mendapat bantuan</p> <p>15. Memperoleh bantuan dari profesional kesehatan</p> <p>16. Melaporkan penurunan gejala fisik stress</p> <p>17. Melaporkan menurun dalam perasaan negative</p> <p>18. Melaporkan meningkat secara psikologis kenyamanan</p> <p>Keterangan Skala Likert: 1= Tidak pernah dilakukan 2= Jarang dilakukan 3= Kadang-kadang dilakukan 4= sering dilakukan 5=Selalu dilakukan</p>	<p>dan tujuan yang sama</p> <p>3.5 Bantu pasien untuk memecahkan masalah dengan cara yang konstruktif</p> <p>3.6 Menilai penyesuaian pasien terhadap perubahan gambar tubuh, seperti yang ditunjukkan</p> <p>3.7 Menilai dampak dari situasi kehidupan pasien pada peran dan hubungan</p> <p>3.8 Dorong pasien untuk mengidentifikasi deskripsi perubahan peran yang realistis</p> <p>3.9 Menilai pemahaman pasien tentang proses penyakit</p> <p>3.10 Menilai dan mendiskusikan respons alternatif terhadap situasi</p> <p>3.11 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.12 Memberikan suasana penerimaan</p> <p>3.13 Bantu pasien dalam mengembangkan penilaian obyektif dari acara tersebut</p> <p>3.14 Bantu pasien untuk mengidentifikasi informasi yang paling pasien minati</p> <p>3.15 Memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, perawatan, dan prognosis</p> <p>3.16 Berikan pasien pilihan realistis tentang aspek perawatan tertentu</p> <p>3.17 Mendorong sikap harapan realistis sebagai cara menghadapi perasaan tidak berdaya</p> <p>3.18 Mengevaluasi kemampuan pengambilan keputusan pasien</p> <p>3.19 Berusaha memahami</p>
--	--	---	---

			<p>perspektif pasien tentang situasi yang membuat stress</p> <p>3.20 Mencegah pengambilan keputusan saat pasien berada di bawah tekanan berat</p> <p>3.21 Dorong penguasaan situasi secara bertahap</p> <p>3.22 Mendorong kesabaran dalam mengembangkan hubungan</p> <p>3.23 Mendorong kegiatan sosial dan komunitas</p> <p>3.24 Mendorong penerimaan batasan orang lain</p> <p>3.25 Mengakui latar belakang spiritual/ budaya pasien</p> <p>3.26 Mendorong penggunaan sumber daya spiritual, jika diinginkan</p> <p>3.27 Jelajahi prestasi pasien sebelumnya</p> <p>3.28 Jelajahi alasan pasien untuk mengkritik diri sendiri</p> <p>3.29 Hadapi perasaan ambivalen (marah atau tertekan) pasien</p> <p>3.30 Mendorong gerai konstruktif untuk kemarahan dan permusuhan</p> <p>3.31 Mengatur situasi yang mendorong otonomi pasien</p> <p>3.32 Membantu pasien dalam mengidentifikasi respons positif dari orang lain</p> <p>3.33 Mendorong pengidentifikasian nilai kehidupan tertentu</p> <p>3.34 Jelajahi pasien dengan metode sebelumnya dalam menangani masalah kehidupan</p> <p>3.35 Memperkenalkan</p>
--	--	--	--

			<p>pasien kepada orang (atau kelompok) yang telah berhasil mengalami pengalaman yang sama</p> <p>3.36 Mendukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>3.37 Dorong verbalisasi perasaan, persepsi, dan ketakutan</p> <p>3.38 Diskusikan konsekuensi dari tidak berurusan dengan rasa bersalah dan malu</p> <p>3.39 Dorong pasien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan sendiri</p> <p>3.40 Mengurangi rangsangan di lingkungan yang bisa disalahartikan sebagai ancaman</p> <p>3.41 Menilai kebutuhan/ keinginan pasien untuk dukungan social</p> <p>3.42 Bantu pasien untuk mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>3.43 Menentukan risiko pasien yang melukai diri sendiri</p> <p>3.44 Dorong keterlibatan keluarga, jika perlu</p> <p>3.45 Dorong keluarga untuk mengungkapkan perasaan tentang anggota keluarga yang sakit</p> <p>3.46 Berikan pelatihan keterampilan sosial yang sesuai</p> <p>3.47 Bantu pasien untuk mengidentifikasi strategi positif untuk mengatasi keterbatasan dan mengelola perubahan gaya hidup atau peran yang diperlukan</p> <p>3.48 Instruksikan pasien</p>
--	--	--	--

			<p>tentang penggunaan teknik relaksasi, sesuai kebutuhan</p> <p>3.49 Bantu pasien untuk berduka dan mengatasi kehilangan penyakit kronis dan / atau cacat, jika perlu</p> <p>3.50 Bantu pasien untuk mengklarifikasi kesalahpahaman</p> <p>3.51 Dorong pasien untuk mengevaluasi perilaku sendiri</p>
4	Kelelahan berhubungan dengan proses persalinan lama	<p>NOC: Tingkat keletihan</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan 2. Kelesuan 3. Suasana hati yang depresi 4. Kehilangan selera makan 5. Penurunan libido 6. Konsentrasi terganggu 7. Motivasi menurun 8. Sakit kepala 9. Sakit tenggorokan 10. Kelenjar getah bening yang nyeri tekan 11. Nyeri otot 12. Nyeri sendi 13. Pasca malaise saat aktivitas 14. Level stress <p>Keterangan Skala Likert:</p> <p>1= Parah 2= Buruk 3= sedang 4= Ringan 5= tidak ada</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Aktivitas hidup sehari-hari 16. Kegiatan instrumental dari kehidupan sehari-hari 17. Performa kerja 18. Kinerja gaya hidup 19. Kualitas istirahat 20. Kualitas tidur 21. Keseimbangan aktivitas dan istirahat 22. Kewaspadaan 23. Hematokrit 24. Saturasi oksigen 25. Fungsi tyroid 	<p>NIC: Manajemen energi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Nilai status fisiologis pasien untuk defisit yang mengakibatkan kelelahan dalam konteks usia dan perkembangan 4.2 Dorong mengungkapkan perasaan tentang keterbatasan 4.3 Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan, seperti yang ditunjukkan 4.4 Menentukan persepsi pasien / signifikansi orang lain tentang penyebab kelelahan seperti defisit status fisiologis yang benar (mis. Anemia akibat kemoterapi) sebagai item prioritas 4.5 Pilih intervensi untuk pengurangan kelelahan menggunakan kombinasikategori farmakologis dan non-farmakologis, yang sesuai 4.6 Tentukan apa dan berapa banyak aktivitas yang diperlukan untuk membangunkan daya tahan 4.7 Pantau asupan nutrisi untuk memastikan sumber daya energi yang memadai 4.8 Konsultasikan dengan ahli gizi tentang cara-cara meningkatkan

		<p>26. Fungsi kekebalan tubuh 27. Fungsi neurologis 28. Metabolisme</p> <p>Keterangan skala Likert: 1= Sangat terganggu 2= Terganggu 3= Cukup terganggu 4= Sedikit terganggu 5= Tidak terganggu</p>	<p>asupan makanan berenergi tinggi</p> <p>4.9 Negosiasikan waktu makan yang diinginkan yang mungkin atau mungkin tidak bersama dengan jadwal rumah sakit standar</p> <p>4.10 Pantau pasien untuk bukti kelelahan fisik dan emosional yang berlebihan</p> <p>4.11 Pantau respons kardiorespirasi terhadap aktivitas (mis., Takikardia, disritmia lain, dispnea, diaforesis, pucat, tekanan hemodinamik, laju pernapasan)</p> <p>4.12 Dorong latihan aerobik sesuai toleransi</p> <p>4.13 Pantau / catat pola tidur dan jumlah jam tidur pasien</p> <p>4.14 Pantau lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selamgerakan / aktivitas</p> <p>4.15 Mengurangi ketidaknyamanan fisik yang dapat mengganggu fungsi kognitif dan pemantauan diri / pengaturan aktivitas</p> <p>4.16 Tetapkan batas dengan hiperaktif ketika mengganggu orang lain atau dengan pasien</p> <p>4.17 Bantu pasien untuk memahami prinsip konservasi energi (mis., Persyaratan untuk aktivitas terbatas atau tidur di tempat tidur)</p> <p>4.18 Mengajarkan aktivitas organisasi dan teknik manajemen waktu untuk mencegah kelelahan</p> <p>4.19 Bantu pasien dalam menentukan prioritas kegiatan untuk mengakomodasi tingkat</p>
--	--	--	---

			<p>energy</p> <p>4.20Bantu pasien / orang penting lainnya untuk menetapkan tujuan kegiatan yang realistis</p> <p>4.21Bantu pasien untuk mengidentifikasi preferensi untuk aktivitas</p> <p>4.22Dorong pasien untuk memilih kegiatan yang secara bertahap membangun daya tahan</p> <p>4.23Bantu pasien untuk mengidentifikasi tugas-tugas yang dapat dilakukan keluarga dan teman di rumah untuk mencegah / menghilangkan rasa lelah</p> <p>4.24Pertimbangkan komunikasi elektronik (mis., Email atau pesan instan) untuk menjaga kontak dengan teman-teman ketika kunjungan tidak praktis atau tidak disarankan</p> <p>4.25Bantu pasien untuk membatasi tidur siang hari dengan memberikan aktivitas yang mempromosikan terjaga, sebagaimana mestinya</p> <p>4.26Batasi rangsangan lingkungan (mis., Cahaya dan kebisingan) untuk memfasilitasi relaksasi</p> <p>4.27Batasi jumlah dan interupsi oleh pengunjung, jika perlu</p> <p>4.28Mempromosikan pembatasan tempat tidur / aktivitas (mis., Menambah jumlah periode istirahat) dengan waktu istirahat yang terlindungi</p> <p>4.29Dorong istirahat alternatif dan periode aktivitas</p>
--	--	--	--

			<p>4.30 Mengatur aktivitas fisik untuk mengurangi persaingan pasokan oksigen ke fungsi tubuh yang vital (mis., Hindari aktivitas segera setelah makan)</p> <p>4.31 Gunakan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif untuk meredakan ketegangan otot</p> <p>4.32 Berikan aktivitas pengalihan yang menenangkan untuk meningkatkan relaksasi</p> <p>4.33 Alat bantu untuk mempromosikan tidur (mis., Musik atau obat-obatan)</p> <p>4.34 Mendorong tidur siang, jika perlu</p> <p>4.35 Bantu pasien untuk menjadwalkan periode istirahat</p> <p>4.36 Hindari kegiatan perawatan selama periode istirahat yang dijadwalkan</p> <p>4.37 Rencanakan kegiatan untuk periode ketika pasien memiliki energi paling banyak</p> <p>4.38 Bantu pasien untuk duduk di samping tempat tidur ("menjantai"), jika tidak dapat memindahkan atau berjalan</p> <p>4.39 Membantu dengan kegiatan fisik rutin (mis., Ambulasi, pemindahan, pembalikan, dan perawatan pribadi), sesuai kebutuhan</p> <p>4.40 Pantau pemberian dan efek stimulan dan depresan</p> <p>4.41 Mendorong aktivitas fisik (mis., Ambulasi, kinerja aktivitas hidup sehari-hari) yang konsisten dengan sumber energi pasien</p> <p>4.42 Mengevaluasi</p>
--	--	--	---

			peningkatan kegiatan yang diprogramkan
--	--	--	--

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Ibu Inpartu Kala I

4. Pelaksanaan

Merupakan inisiasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah pada kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

Tindakan keperawatan berfokus pada mengatasi masalah atau meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasi masalah tersebut. Pelaksanaan tindakan keperawatan ini memerlukan keterampilan yang meliputi intelektual, interpersonal dan teknikal (Craven, Hirnle & Jensen, 2013).

5. Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun)
- b. Hasil tindakan keperawatan ,berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu:

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, Diagnosis, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus didokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Dokumentasi ini dapat dalam bentuk manual atau elektronik di fasilitas kesehatan, yang berisi kronologi dan catatan sistematis semua informasi tentang kesehatan klien, baik masalah dimasa lalu ataupun sekarang,

pemeriksaan diagnostik, pengobatan, respon terhadap pengobatan dan rencana pemulangan.

Perawat sebagai pemberi pelayanan utama, informasi yang dimasukkan ke dalam dokumentasi memberikan informasi yang sangat penting dalam memberi informasi kepada pasien, perawat atau tenaga kesehatan lain tentang kondisi pasien, perilaku dan responnya (Rosdahl & Kowalski, 2012; Sullivan, 2019). Tujuan dalam pendokumentasian yaitu (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013):

a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan pasien termasuk perawatan individual, edukasi pasien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

b. Tagihan *financial*

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (reimburse) atas pelayanan yang diberikan bagi pasien.

c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan pasien.

d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung Diagnosis keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e. Pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan pasien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

f. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

g. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan pasien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu, audit dan pemantauan.

2.7 Jurnal Terkait Intervensi Inovasi

1. Karya ilmiah ini diinspirasi oleh jurnal yang ditulis oleh Halimatussakdiah (2017) dengan judul *Back-Effluerage Massage* (BEM) terhadap Nyeri dan Tekanan Darah Ibu Inpartudi Ruang Bersalin Rumah Sakit Pemerintah Aceh. Jenis penelitian ini adalah Quasi experiment. Populasi pada penelitian ini adalah ibu bersalin kala I fase aktif, jumlah sampel 30 orang, pengambilan sampel secara teknik Accidental sampling. Alat pengumpulan data berupa *Numeric Rating*

Scale(NRS) dan *Spigmomanometer*. Metode pengumpulan data dengan wawancara terpimpin. Analisis data menggunakan univariat dan bivariat: *paired t-test*. Kesimpulan penelitian terdapat pengaruh *Back efflurage massage* terhadap perubahan nyeri dan Tekanan Darah ibu pada persalinan kala I.

2. Astuty (2017). *Tehnik Massage Punggung Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala 1*. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan desain *non equivalent control group* dan pendekatan eksperimen menggunakan *quasi eksperimen*. Populasi dalam penelitian ini yaitu semua ibu inpartu kala 1 baik primipara maupun multipara di BPS Tri Handayani Gebog Kabupaten Kudus pada bulan Juni 2017 sebanyak 21 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. Teknik analisa data menggunakan analisis univariat, analisis bivariat menggunakan uji statistic Mc. Nemar dengan komputerisasi.
3. Khomsah (2017). *The Effect of Accupresure and Effleurage on Pain Relief in the Active Phase of the First Stage on Labor in the Community Health Center of Kawunganten, Cilacap, Indonesia*. Desain penelitian menggunakan *study quasi eksperimen pre dan post test* dengan grup control. Penelitian dilakukan di Puskesmas Kawunganten, Cilacap mulai 20 Desember 2016 hingga 09 Januari 2017 dengan populasi 108 ibu bersalin kala 1 fase aktif untuk persalinan normal. Alat pengumpulan data berupa Numeric Rating Scale. Analisa data menggunakan *one way*

ANOVA pada data berdistribusi normal dan untuk data tidak berdistribusi normal menggunakan Kruskal Wallis.

4. Grace (2017). *Effectiveness of Swedish Massage Therapy on Blood Pressure Among Patients With Hypertension at Saveetha Medical College Hospital*. Total 60 responden yang dibagi dua kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Desain penelitian *quasi experimental* dengan *pre* dan *post* tes melakukan masase pada punggung dan kelompok yang tidak di masase menggunakan metode *non probability sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dan spigmomanometer. Analisa data menggunakan uji unpaired t-test.
5. Wahyuni (2015). Pengaruh *Massage Effleurage* Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif Pada Ibu Bersalin di RSUD Muhammadiyah Delanggu Klaten 2015. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh masase effleurage terhadap tingkat nyeri persalinan kala 1 fase aktif pada ibu bersalin di RSUD Muhammadiyah Delanggu, Klaten. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif. Desain quasi eksperimen dengan rancangan *one group pretest-posttest* tanpa kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling* sebanyak 28 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar observasi skala nyeri NRS. Analisa data menggunakan *Uji Paired T-test*.

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	80
3.1 Pengkajian Kasus.....	80
3.2 Masalah Keperawatan.....	95
3.3 Intervensi Keperawatan	100
3.4 Implementasi.....	116
3.5 Evaluasi.....	123
BAB IV ANALISA SITUASI.....	127
4.1 Profil Lahan Praktik.....	127
4.2 Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait.....	129
4.3 Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait....	139
4.4 Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan.....	142

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil pada karya ilmiah ini, mengacu pada kasus ibu R., AI dan S di bab sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian tiga pasien yaitu Ibu R, Ibu AI., dan Ibu S. Ketiganya masuk dalam Kala I fase aktif, dengan diagnosa medis secara berturut-turut adalah G₄P₃A₀38 Minggu; G₃P₁A₁38 Minggu, dan G₁P₀A₀41 Minggu. Hasil pengkajian didapatkan data subyektif dan data obyektif yang mengarah kepada berlangsungnya proses persalinan. Klien datang dengan keluhan nyeri perut seperti mau melahirkan, skala nyeri 6 – 7 pada skala 0 – 10. Nyeri dideskripsikan terasa kencang-kencang yang hilang timbul, sesuai dengan datangnya kontraksi. Mereka umumnya menyatakan nyeri pada saat kencang-kencang, rasa tak nyaman pada pinggang, menjalar keperut dan terus meningkat. Data obyektif yang ditemukan tampak memegangi perut, meringis dan merintih saat kontraksi. Disamping itu, ditemukan tanda adanya lendir atau *bloodslim* dari dalam vaginanya. Umumnya pembukaan 3 – 4 cm.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada ketiga kasus meliputi: nyeri persalinan berhubungan dengan dilatasi serviks, risiko tinggi terhadap infeksi maternal berhubungan dengan pemeriksaan dalam berulang,

- cemas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat informasi
3. Perencanaan, masih menggunakan standar internasional NANDA, NOC dan NIC. Belum bisa dilakukan dengan standar nasional karena baru ada SDKI, sementara SLKI dan SIKI masih dalam proses pencetakan. Ada modifikasi pada NIC dengan memasukan pijat *effleurage* dan monitor tanda-tanda vital untuk mengukur tindakan keperawatan inovasi.
 4. Pelaksanaan dari rencana keperawatan, dilakukan modifikasi tindakan pijat *effleurage* yaitu yang disesuaikan dengan kondisi pasien, peralatan di rumah sakit dan kemampuan penulis sebagai perawat. Tindakan inovasi pijat *effleurage* telah dapat menurunkan keluhan nyeri persalinan dan menurunkan tekanan darah. Namun pijat *effleurage* tidak menghilangkan semua keluhan nyeri, sifatnya hanya menurunkan nyeri. Tekanan darah yang turun masih dalam batas fisiologis.
 5. Hasil evaluasi terhadap diagnosa keperawatan menunjukkan Diagnosa cemas dan kurang pengetahuan baru teratasi sebagian. Sementara diagnosa nyeri dan risiko infeksi masih belum teratasi karena proses persalinan masih berlangsung. Penulis merujukkan semua rencana tindakan kepada perawat di ruangan bersalin.
 6. Dokumentasi telah dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku. Dokumentasi inovasi penggunaan pijat *effleurage* perlu diintegrasikan dengan kebijakan/ standar *operating* prosedur RS.

7. Hasil tindakan inovasi pijat *effleurage* telah dapat menurunkan keluhan nyeri rata 3,67 poin pada skala 0 – 10 dan tekanan darah rata-rata untuk sistolik sebesar 14,3 mmHg dan diastolik 5,67 mmHg.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, saran penulis adalah sebagai berikut:

1. Untuk Perawat IGD/ perawat lain
Dapat menerapkan inovasi tindakan keperawatan pemberian pijat *effleurage* untuk menurunkan nyeri dan tekanan darah, namun harus dibuat SPO-nya terlebih dahulu.
2. Untuk Bidang atau komite keperawatan RS
Membuat SPO pemberian pijat *effleurage* agar tindakan keperawatan ini bisa diimplementasikan di klinik terutama di IGD. Rancangan SPO terdapat dalam lampiran KIAN ini.
3. Bagi Fakultas Kesehatan dan Farmasi UMKT
Menyediakan buku NOC dan NIC terbaru yang terbit tahun 2018 dan SIKI dan SLKI tahun 2019, karena banyak diagnosa keperawatan baru yang belum ada standar output dan standar intervensinya.
4. Bagi Peneliti selanjutnya
Melakukan penelitian tentang terapi nonfarmakologi terkait pengurangan nyeri dan tekanan darah. Penelitian yang akan datang dapat mengungkap pengaruh hidroterapi, akupresure, teknik bernafas, distraksi, teknik

relaksasi, hipnotis terhadap penurunan nyeri dan tekanan darah pada persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

Abushaikha L, Oweis A. (2005). *Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective*. *Int J Nurs Pract*. 2005;□11(1):33–8. Diakses tanggal 05 Januari 2019.

Ackley, B.J., Ladwig, G.B., & Makic, M.B. F. (2017). *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care*, (11th edition). St Louis: Elsevier.

Andarmoyo, S. (2013). *Proses dan Konsep Keperawatan Nyeri*. Ar Ruzz. Yogyakarta.

Aryani, Yeni, Masrul, Lisma Evareny. (2015). Pengaruh Masase Pada Punggung Terhadap Intensitas Nyeri Kala I Fase Laten Persalinan Normal Melalui Peningkatan Kadar Endorfin. Dipublikasikan: *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), 70-7 Diakses tanggal 05 Januari 2019.

Astuty. (2017). *Tehnik Masase Punggung Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I*. Dipublikasikan oleh: ejr.stikesmuhkudus.ac.id/index.php/ijkk/article/download/289/247. Diakses tanggal 13 Januari 2019.

Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Salemba Medika. Jakarta.

Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, practice, and process*, (10th edition). Boston: Pearson.

Berman, A., Snyder, S.J., & McKinney, D.S. (2011). *Nursing basics for clinical practice*. Boston: Pearson.

Bobak. I. M., Lowdermilk. D. L., Jensen. M. G., Perry S. E. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*. EGC. Jakarta.

Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., Bucher, H.K., & Wagner, C.M. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)*, (6th ed.). St Louis: Elsevier Mosby.

Burton, M.A., & Ludwig, L.J.M. (2015). *Fundamentals of nursing care: concepts, connections, & skills*. (2nd edition), Philadelphia: F.A. Davis Company.

Carpenito-Moyet, L.J. (2013). *Nursing diagnosis : application to clinical practice*. (14th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Chen, *et. al.* (2013). Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure, *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, May; 19(5): 464-470. Doi: 10.1089/acm.2011.0873. Diakses tanggal 05 Januari 2019.

Craven, R.F., Hirnle, C.J., & Jensen, S. (2013). *Fundamentals of nursing : human health and function*, (7th ed.), Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Cunningham, F. G. (2013). *Obstetri Williams, Volume 1*. EGC. Jakarta.

Daniels, R., & Nicol, L.H. (2012). *Contemporary Medical Surgical Nursin.*, (2nd Edition). Clifton: Delmar, Cengage Learning.

Danuatmaja. (2004). *Persalinan Normal tanpa Rasa sakit*. Puspa Swara. Jakarta.

Davidson, M.R., London, M.L., & Ladewig, P.A,W. (2012). *Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan*. (9th ed), Boston: Pearson.

Doenges, M.E., Moorhous, M.F., Murr, A.C. (2016). *Nurse's pocket guide: diagnoses, prioritized interventions, and rationales*. (14th Edition), Philadelphia: F.A. Davis Company

Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., Murr, A.C. (2016). *Nursing diagnosis manual : planning, individualizing, and documenting client care*. (5th edition), Philadelphia: F.A. Davis Company.

Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2014). *Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span*, (9th edition): . Philadelphia: F.A. Davis Company.

Durham, R.F., & Chapman, L. (2014). *Maternal-newborn nursing : the critical components of nursing care*, (2nd ed.), Philadelphia: FA Davis Company

Fairchild. S. L. (2013). *Principles and Techniques of Patient Care*. China: Elsevier Mosby.

Faradilah, D.N. (2014). *Efektifitas Effleurage Dan Abdominal Lifting Dengan Relaksasi Nafas Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala I Di Klinik Bidan Indriani Semarang, FIKkes Jurnal Keperawatan*, 7(2): 142 – 151. Diakses tanggal 13 Januari 2019.

Farrell, M. (2017). *Smeltzer & Bare's textbook of medical-surgical nursing*, (4th Australia and New Zealand Edition), Sydney: Wolters Kluwer

Farzaneh Rahimi, Shadi Goli, Narges Soltani, Habibolah Rezaei, and Zahra Amouzesi. (2018). *Effects of Complementary Therapies on Labor Pain: A Literature Review*. *Mod Care J.* 2018 January; 15(1):, Diakses tanggal 05 Januari 2019.

Fitriani. (2013). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Respon Adaptasi Nyeri Pada Pasien Inpartu Kala I Fase Laten di RSKDIA Siti Fatimah Makasar Tahun 2013*. Diakses Tanggal 06 Januari 2019.

Gadysa, G. (2009). *Persepsi Ibu Tentang Metode Massage*. <http://luluvikar.wordpress.com/2009/08/26/persepsi-ibu-tentang-metode-massage>. Diakses tanggal 06 Januari 2019.

Gasibat, Q., & Suwehli, W. (2017). *Determining the Benefits of Massage Mechanisms: A Review of Literature*, *Rehabilitation Science*, 2(3): 58-67.

Grace. L., Aruna. S., Gowri. M. (2017). *Effectiveness of Swedish Massage Therapy on Blood Pressure Among Patients With Hypertension at Saveetha Medical College Hospital*. Dipublikasikan: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/.../9574.pdf>. Diakses tanggal 13 Januari 2019.

Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. (2012). *Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction*. *Complement Ther Clin Pract.* 2012;18(3):169–72. Diakses tanggal 05 Januari 2019.

Halimatussakdiah. (2017). *Back-Effluerage Massag (BEM) terhadap Nyeri dan Tekanan Darah Ibu Bersalin Kala I yang dilakukan di di Ruang Bersalin Rumah Sakit Pemerintah Aceh*. Dipublikasikan oleh: <https://ejournal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/397>. Diakses tanggal 13 Januari 2019.

Herdman, T.H., & Kamitsuru, S., (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses, Definitions and Classification*, (11th edition). New York: Thieme.

Hidayat, A.A. (2008). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Hinkle, J.L., & Cheever, K.H., (2014). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*, (13th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D., (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.

Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L., (2013). *Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care*, (7th edition), St. Louis: Elsevier Sanders.

International Association for the Study of Pain (IASP). (2002). What Causes Cancer Pain. Dipublikasikan oleh: <http://iasp-pain.org/PCU02-2html>. Diakses tanggal 06 Januari 2019.

Judha, M. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri dan Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Kaji, S., & Nariman, (2014). *The effect of Swedish massage on blood pressure in patients*, *The Journal of MacroTrends in Health and Medicine*, 2(1): 131-136.

Kemendes RI. (2004). *Mother's Day*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

Khomsah, Y.S., Suwandono, A., & Ariyanti, I., (2017). *The Effect Of Acupressure And Effleurage On Pain Relief In The Active Phase Of The First Stage Of Labor In The Community Health Center Of Kawunganten, Cilacap, Indonesia* *Belitung Nursing Journal*, 3(5):508-514. Diakses tanggal 06 Januari 2019.

King, T.L., Brucker, M.C., Osborne, K., Jevitt, C., (2019). *Varney's midwifery*, (6th edition). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Klossner, N.J., & Hatfield, N.T., (2010). *Introductory maternity & pediatric nursing*, (2nd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., dkk., (2017). *Fundamentals of Canadian nursing : concepts, process, and practice*, (4th Canadian edition). Ontario: Pearson Canada Inc.

LeMone, Burke, K., & Bauldoff, G., (2011). *Medical-surgical nursing: critical thinking in client care*, (5th ed.). Boston: Pearson.

Lewis, S.M., Dirksen, S.R., Heitkemper, M.M., & Bucher, L., (2014). *Medical-surgical nursing : assessment and management of clinical problems*, (9th edition). St. Louis: Elsevier Mosby.

Lindquist, R., Snyder, M., & Tracy, M.F., (2014). *Complementary & alternative therapies*, (7th edition), New York: Springer Publishing Company.

Lindquist, R., Tracy, M. F., & Snyder, M., (2018). *Complementary and alternative therapies in nursing*, (8th edition), New York: Springer Publishing Company.

Linton, A.D., (2016). *Introduction to medical-surgical nursing*, (6th edition), St Louis: Elsevier Sanders.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., & Alden, K.R., (2012). *Maternity & Women's Health Care*, (10th ed). St. Louis: Elsevier Mosby.

Martaadisoebrata, D. (2005). *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosia.l* Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Maryunani. (2010). *Nyeri dalam Persalinan "Teknik dan Cara Penanganannya"*. TIM. Jakarta.

Maslikhanah. (2011). *Penerapan Teknik Pijat Effleurage Sebagai Upaya Penurunan Nyeri Persalinan Pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif*.Dipublikasikan: [https://digilib.unsac.id/...](https://digilib.unsac.id/) Download 13 Januari 2019.

Medical Record, IGD RSUD AWS Samarinda tahun 2018.

Melinda, MA. (2015). *Gambaran Massage Terhadap Pengurangan Rasa NyeriPersalinan Kala I Fase Aktif Di BPM Ny. Yenie Ika Sugiarti,S.ST. Bangkalan Gondang Mojokerto*. Diakses tanggal 06 Januari 2019.

Mohebbi, Z., Moghadasi, M., Homayouni, K., & Nikou, M.H., (2014). *The Effect of Back Massage on Blood Pressurein the Patients with Primary Hypertension in2012-2013: A Randomized Clinical Trial, IJCBNM2(4): 251 – 258*.

Moondragon. (2008). *Effleurage & Massage*. Dipublikasikan oleh: <http://www.moondragon.org/pregnancy/effleurage.html>. Diakses tanggal 13 Januari 2019.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E., (2013). *Nursing outcomes classification (NOC) : measurement of health outcomes*, (5th ed.), St Louis: Elsevier Mosby.

Murray, S.S., & McKinney, E,S., (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*, (6th edition), St Louis: Elsevier Saunders.

Nettina, S.M., (2014). *Lippincott manual of nursing practice.*, (10th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Osborn, K.S., Wraa, C.E., & Watson, A.B., (2010). *Medical-surgical nursing: preparation for practice*, Boston: Pearson.

Pastuty, Rosyanti. (2010). *Buku Saku Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin*. Jakarta : EGC.

Perry, A.G., & Potter, P.A., (2019). *Mosby's Pocket Guide To Nursing Skills And Procedures*, (9th edition) St Louis; Saunders.

Perry, A.G., Potter, P.A., & Ostendorf, W.R., (2014). *Clinical Nursing Skills & Techniques*, (8th ed). St Louis; Elsevier Mosby.

Perry, A.G., Potter, P.A., Stockert, P.A., & Hall, A.m., (2014). *Fundamental of Nursing*, (8th ed). St Louis; Elsevier Mosby.

Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L., & Wilson, D., (2014). *Maternal Child Nursing Care*, (5th edition): St. Louis: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A., (2014). *Maternal & child health nursing : care of the childbearing & childrearing family*, (7th Edition), Philidelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, P. A., & Perry. A. G. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4, Volume 2*. EGC. Jakarta.

Prawiroharjo, S. (2002). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjo*. Pt. Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. Jakarta.

Rahmawati, W. R, Arifah., & Widiastuti, A. (2013). *Pengaruh Pijat Punggung Terhadap Adaptasi Nyeri Persalinan Fase Aktif Lama Kala II dan Perdarahan Persalinan pada Primigravida*. Dipublikasikan oleh: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional,8(5),: 2014-209. Diakses tanggal: 17 Januari 2019.

Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. (2017). *Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran*. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017; 22(4): 257–61. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_109_16. [PubMed: 28904535]. [PubMed Central:PMC5590352]. Diakses tanggal 05 Januari 2019.

Ricci, S.S., (2013). *Essentials of maternity, newborn & women's health nursing*, (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Ricci, S.S., Kyle, T., & Carman, S., (2013). *Maternity and pediatric nursing*, (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T., (2012). *Textbook of basic nursing*, (10th edition), Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Rukiyah, dkk. (2009). *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta: Trans Info Media.

Sadat, H.Z., Forugh, F., Maryam, H., Nosratollah, M.N., & Hosein, S., (2016). *The impact of manual massage on intensity and duration of pain at first phase of labor in primigravid women*, *International Journal of Medicine Research*, 1(4): 16-18.

Sarli, D., & Sari, F.N. (2018). *The Effect of Massage Therapy With Effleurage Techniques as A Prevention of Baby Blues Prevention on Mother Postpartum*, *International Journal of Advancement in Life Sciences Research*, 1(3)15-21.

Smeltzer, S. C. dkk. (2014). Brunner, L. S & Suddart, D. S. *Texbook Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 12*. EGC. Jakarta. Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC. Jakarta.

Sullivan, D.D., (2019). *Guide to clinical documentation*, (3rd Edition), Philadelphia: F.A. Davis Company.

Timby, B.K. & Smith, N.E., (2010). *Introductory medical-surgical nursing*, (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Treas, L.S., & Wilkinson, J. M. (2014). *Basic nursing: concepts, skills, & reasoning*, Philadelphia: F.A. Davis Company.

Tamsuri. (2006). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. EGC. Jakarta.

Wahyuni. S. (2016). *Pengaruh Masase Effleurage Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif Pada Ibu Bersalin di RSUD Muhammadiyah Delanggu Klaten*. Dipublikasikan oleh: ejournal.stikesmukla.ac.id/index.php/involusi/article/viewFile/214/21. Diakses tanggal 13 januari 2019.

Walsh. V. L. (2007). *Buku Ajar Kehamilan Dan Persalinan*. Pustaka Pelajar. Jakarta.

WHO. (2001). *Safe Motherhood Modul Eklamsia Materi Pendidikan Kebidanan*. EGC. Jakarta.

WHO. (2003). *Perawatan Bayi Ibu dan Bayi: Pedoman Praktis*. EGC. Jakarta.

White, L., Duncan, G., & Baumle, W., (2013). *Medical-Surgical Nursing: An Integrated Approach*, (3rd edition), Clifton: Delmar, Cengage Learning.

Wiknojosastro, H. (2010). *Ilmu Bedah Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sawono Wiknojosastro. Jakarta.

Wilkinson, J.M., Treas, L.S., Barnett, K.L., & Smith, M.H., (2016). *Fundamentals of nursing* (3rd edition), Philadelphia: F. A. Davis Company.

Williams, L.S., & Paula D. Hopper, P.D., (2015). *Understanding medical*