

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN KALA 1 (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang)

by Eva Nia Septika

Submission date: 12-Dec-2023 09:43AM (UTC+0700)

Submission ID: 2256326900

File name: PADA_IBU_BERSALIN_KALA_1_Di_Ruang_Drupadi_VK_RSUD_Jombang.docx (434.46K)

Word count: 9924

Character count: 69063

KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN KALA 1
(Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang)



EVA NIA SEPTIKA, S.Kep
226410011

PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSITUT TEKNOLOGI DAN SAINS KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2023

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Persalinan Kala I merupakan pembukaan serviks yg berlangsung antara pembukaan nol hingga pembukaan lengkap (10 centimeter). di primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. gejala pada kala I ini dimulai jika timbulnya his dan mengeluarkan lendir darah. Lendir darah tersebut berasal dari lendir kanalis servikalis sebab serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yg berada disekitar kanalis serviks itu pecah sebab pergeseran ketika serviks membuka. Kontraksi menjadi lebih bertenaga serta lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut bisa dijumpai pada primigravida juga multigravida. pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sebagai akibatnya serviks akan mendatar serta menipis, lalu ostium uteri eksternum membuka. Kala I berlangsung kurang lebih 13-14 jam pada primigravida serta 8-10 jam untuk multigravida. Persalinan ditandai dengan kontraksi (his) yg ringan atau sporadis, semakin usang semakin berat. Kontraksi terjadi kurang lebih 30-60 dtk serta tiba setiap 5 hingga 20 mnt (Ayni *et al.*, 2021).

Berdasarkan penelitian World Health Organization (WHO) di Amerika Serikat lebih kurang 70%-80% perempuan melahirkan bisa mengharapkan persalinan normal yang berlangsung tanpa rasa nyeri. sebagai akibatnya di Ruang Drupadi VK yang melakukan persalinan normal sebanyak 0,03 % - 0,08 % inidikarenakan kebanyakan ibu bersalintidak mau merasakan nyeri ketika persalinan normal.

⁵ Studi yang dilakukan pada Yordania melaporkan bahwa 92% partus mengalami pengalaman buruk terhadap persalinannya pada antaranya rasa takut 66% dan nyeri persalinan normal 78%. hasil studi yang dilaporkan di Iran, 37,2% perempuan memilih buat operasi caesar sebab kecemasan serta takut akan nyeri persalinan. perempuan dengan taraf kecemasan yang lebih rendah akan mengalami nyeri yang lebih ringan selama persalinan. Beberapa penelitian memberikan rakyat ¹⁰ primitif mengalami persalinan normal yang lebih usang serta rasa nyeri, sedangkan masyarakat yang sudah maju 7-14% bersalin tanpa terdapat rasa nyeri serta sebagian besar 90% persalinan normal yang disertai nyeri (M.Lestari, *et al.*, 2018).

Persalinan kala 1 pada kondisi konkret ⁵ secara fisiologis semua wanita yg melahirkan akan mengalami nyeri selama proses persalinan dan secara statistik rasa nyeri persalinan tidak bisa ditoleransi oleh dua dari tiga bunda bersalin . Nyeri persalinan bersifat unik dan tidak sama setiap individu, nyeri jua memiliki ciri yg sama atau bersifat awam. Nyeri menjadi perasaan stress, ²⁹ menderita atau kesakitan yang ditimbulkan stimulasi ujung-ujung saraf tertentu. Kekuatan fisiologis primer selama persalinan merupakan kontraksi uterus. sehingga hal ini bisa dibutuhkan menaikkan pengetahuan serta pemahaman mak ketika mengatasi nyeri persalinan (Jahriani *et al.*, 2022).

Solusi tentang mengatasi nyeri pada saat persalinan ibu saat bersalin kala 1 , dengan memberikan terapi *Back Eflerage Message* edukasi serta sosialisasi wacana pentingnya terapi *Back Eflerage Message* buat mengurangi atau memurunkan asal taraf nyeri persalinan. Melakukan Pendidikan Kesehatan pada ibu yang beresiko tinggi di persalinan atau melahirkan Mengurangi penyebaran isu-informasi gosip yang keliru serta berita salah yang berdampak

mempengaruhi persepsi setiap bunda yang melahirkan kala 1 wacana pemberian pemberian terapi *Back Eflerage Message* buat Mengurangi Skala Nyeri Melahirkan. sehingga mempengaruhi sikap bunda terhadap nyeri persalinan, ¹ Persepsi dipengaruhi sang stimulus seseorang serta pengetahuan dan nakes memberikan informasi sehingga pemahaman ibu dalam mengatasi nyeri waktu bersalin bertambah dan munculah penerapan pemberian terapi *Back Eflerage Message* baik (Ayni *et al.*, 2021).

Dengan demikian berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Terapi *Back Eflerage Message* ¹⁴ Untuk Mengurangi Skala Nyeri Melahirkan Pada Ibu Bersalin Kala 1 (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang).

1.2 ¹⁶ Rumusan masalah

“Bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami nyeri saat melahirkan di ruang VK Drupadi RSUD Jombang ?”

1.3 ¹⁶ Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin Kala 1 (Di Ruang Drupadi Vk RSUD Jombang).

²² 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin Kala I (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang).
2. Mengidentifikasi diagnosis Keperawatan pada klien Asuhan Keperawatan Ibu Bersalin Kala I (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang).
3. Mengidentifikasi Intervensi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin Kala I (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang).
4. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada klien yang mengalami Nyeri Persalinan Normal Kala I (Di ruang Drupadi VK RSUD Jombang).
5. Mengidentifikasi evaluasi pada klien yang mengalami Nyeri Persalinan Normal Kala I (Di ruang Drupadi VK RSUD Jombang).

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan dalam kesehatan khususnya keperawatan maternitas dalam mengatasi nyeri pada ibu primigravida saat persalinan kala 1.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi dan bisa di terapkan secara langsung oleh ibu primigravida saat proses persalinan kala 1 .

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep persalinan

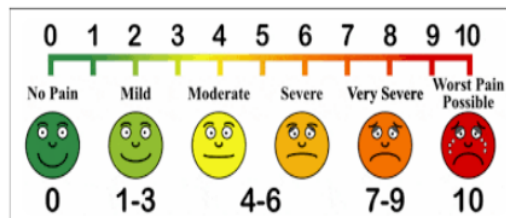
2.1.1 Persalinan kala 1

A. Persalinan kala 1

Persalinan Kala I ialah pembukaan serviks yg berlangsung antara pembukaan nol hingga pembukaan lengkap (10 cm). pada primigravida kala I berlangsung kira –kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira – kira 7 jam. gejala pada kala I ini dimulai Bila timbulnya his serta mengeluarkan lender darah. Lendir darah tersebut dari dari lender kanalis servikalis sebab serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya dari dari pembuluh– pembuluh kapiler yg berada disekitar kanalis serviks itu pecah karena pergeseran saat serviks membuka (Vebyola *et al.*,2019).

(Jahriani, 2022) menyatakan bahwa Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix sampai mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. a. Fase laten persalinan Dimulai sejak awal kontraksi yg menyebabkan penipisan serta pembukaan servix secara sedikit demi sedikit Pembukaan servix kurang dari 4 cm biasanya berlangsung pada bawah hingga 8 jam b. Fase aktif persalinan Fase ini terbagi sebagai 3 fase yaitu percepatan, dilatasi maksimal, serta deselerasi Frekuensi serta usang kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi diklaim adekuat/memadai Bila terjadi 3 kali atau lebih dalam saat 10 mnt serta berlangsung selama 40 dtk atau lebih Servix membuka dari 4 ke 10 centimeter umumnya menggunakan kecepatan 1 centimeter atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm) terjadi penurunan bagian terendah janin (Fitriahadi, 2019).

B. Nyeri persalinan



27
Gambar 2.1 Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

1. Definisi nyeri persalinan

8
Rasa nyeri di persalinan merupakan manifestasi yang berasal dari adanya kontraksi (pemendekan) otot rahim. Kontraksi inilah yang dapat menyebabkan rasa sakit di pinggang, daerah perut, dan menjalar ke arah paha. Kontraksi ini menyebabkan adanya pembukaan mulut rahim (serviks). dengan adanya pembukaan serviks ini maka akan terjadi persalinan (Suriani *et al.*, 2019)

2. Fisiologi nyeri

3
Menurut Judha (2012), bepergian nyeri termasuk suatu rangkaian proses neurofisiologis kompleks yg dianggap sebagai nosiseptif (nociception) yang merefleksikan empat proses komponen yang konkret yaitu transduksi, transmisi, modulasi serta persepsi, dimana terjadinya stimuli yang bertenaga diperifer hingga dirasakannya nyeri di susunan saraf sentra (cortex cerebri).

a. Proses Transduksi ialah proses dimana stimulus noxius diubah ke impuls elektrikal di ujung saraf. Suatu stimuli bertenaga (noxion stimuli) seperti tekanan fisik kimia, suhu dirubah sebagai suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf perifer (nerve ending) atau orga-organ tubuh (reseptor meisneri, merkel, corpusculum paccini, golgi mazoni). Kerusakan jaringan sebab stress berat baik trauma pembedahan atau stress berat lainnya menyebabkan sintesa prostaglandin, dimana prostaglandin inilah yang akan menyebabkan sensitisasi dari reseptor-reseptor nosiseptif dan dikeluarkannya zat-zat mediator nyeri seperti histamin,

- b. serotonin yg akan mengakibatkan sensasi nyeri. Keadaan ini dikenal menjadi sensitisasi perifer.
- c. Proses Transmisi ialah proses penyaluran impuls melalui saraf sensori menjadi lanjutan proses transduksi melalui serabut A-delta serta serabut C berasal perifer ke medulla spinalis, dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke thalamus sang tractus spinothalamicus dan sebagian ke traktus spinoretikularis. Traktus spinoretikularis terutama membawa rangsangan dari organ-organ yg lebih pada serta viseral serta berhubunga dengan nyeri yang lebih difus serta melibatkan emosi. Selain itu pula serabut-serabut saraf disini mempunyai sinaps interneuron menggunakan saraf-saraf berdiameter besar dan bermielin. Selanjutnya impuls disalurkan ke thalamus dan somatosensoris pada cortex cerebri dan dirasakan sebagai persepsi nyeri.
- d. Proses Modulasi ialah proses perubahan transmisi nyeri yang terjadi disusunan saraf sentra (medulla spinalis dan otak). Proses terjadinya hubungan antara sistem analgesik endogen yg didapatkan oleh tubuh kita menggunakan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis ialah proses ascenden yg dikontrol sang otak.

2.1.2 Klasifikasi



Gambar 2.1 anatomi dilatasi serviks 1-10

2 1. Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir menggunakan masa yg terpanjang dan sangat bertenaga di fundus. Selagi uterus berkontraksi serta relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik. ≈v Asuhan Kebidanan Persalinan ≈v 12 2.

2. Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut : Effacement (penipisan) serviks berafiliasi dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks di akhir kehamilan normal berubah – ubah (beberapa mm hingga 3 centimeter). menggunakan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut menjadi menipis penuh Dilatasi bekerjasama menggunakan pembukaan progresif berasal serviks.

buat mengukur dilatasi/diameter serviks dipergunakan ukuran centimeter dengan (Ayni *et al.*, 2021).

2.1.3 Etiologi

- a. Kontraksi otot rahim Kontraksi rahim mengakibatkan dilatasi serta penipisan serviks serta iskemia rahim dampak kontraksi arteri miometrium karena rahim ialah organ internal maka nyeri yg muncul dianggap nyeri visceral. nyeri visceral juga dapat dirasakan di orang lain (referred pain). pada persalinan nyeri alih dapat dirasakan di punggung bagian bawah dan sacrum, biasanya bunda hanya mengalami rasa nyeri ini hanya selama kontraksi dan babas berasal rasa nyeri pada interval antar kontraksi. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016).
- b. Teori Oksitosin Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan ekuilibrium estrogen serta progesterone bisa membarui sensitivitas otot rahim, sebagai akibatnya tak jarang terjadi kontraksi Braxton Hicks. di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitocin bertambah serta mempertinggi kegiatan otot-otot rahim yg memicu terjadinya kontraksi sebagai akibatnya adanya tanda - tanda persalinan.
- c. Keregang Otot-Otot Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas eksklusif. setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sebagai akibatnya persalinan dapat dimulai. mirip halnya dengan Bladder serta Lambung, Jika dindingnya teregang oleh isi yg bertambah maka muncul kontraksi buat mengeluarkan isinya. Demikian jua menggunakan rahim, maka menggunakan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. contoh, di kehamilan ganda acapkali terjadi kontraksi sesudah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.
- d. Dampak janin Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya jua memegang peranan sebab di anencephalus kehamilan acapkali lebih usang dari biasa, karena tak

terbentuk hipotalamus. pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, serta induksi (mulainya) persalinan.

- e. Teori Prostaglandin Konsentrasi prostaglandin meningkat semenjak umur kehamilan 15 minggu yg dimuntahkan sang desidua. Prostaglandin yang dihasilkan sang desidua diduga sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil berasal percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menyebabkan kontraksi miometrium di setiap umur kehamilan. Hadiah prostaglandin saat hamil dapat mengakibatkan kontraksi otot rahim sehingga akibat konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat diklaim menjadi pemicu terjadinya persalinan. Hal ini pula didukung menggunakan adanya kadar 10 prostaglandin yang tinggi baik pada air ketuban maupun daerah perifer di bunda hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016).

2.1.4 Patofisiologis

Adaptasi fisiologi nyeri dan rasa sakit yg berlebihan akan menyebabkan rasa cemas. Takut, cemas serta tegang memicu produksi hormone prostaglandin sehingga muncul tertekan. Syarat tertekan dapat mensugesti kemampuan tubuh menahan rasa nyeri. sebab-karena rasa nyeri pada persalinan dari William & Oxorn (2010), yaitu: 1) Anoksia myometrium: kontraksi otot selama periode anoksia relative menyebabkan rasa nyeri. kalau relaksasi uterus antara waktu-ketika terjadinya kontraksi tak relatif buat memungkinkan oksigenasi yang adekuat, maka beratnya rasa nyeri semakin bertambah. 2) Peregangan serviks: peregangan serviks menyebabkan rasa nyeri yang terutama terasa pada bagian punggung. 3) penekanan di ganglia saraf yang berdekatan menggunakan serviks serta vagina. 4) Tarikan pada tuba, ovarium serta peritoneum. 4) Tarikan dan peregangan pada ligamentum penyangga. lima) penekanan pada uretra, kandung kemih serta rectum. 6) Distensia otot-otot dasar panggul serta perineum.

Kala I, rasa nyeri terutama ditimbulkan sang kontraksi uterus, penipisan segmen bawah uterus, dan dilatasi serviks. Kala II, nyeritimbul dari dua arah. sumber pertama ialah peregangan vagina, vulva serta perineum; dan asal kedua myometrium yang berkontraksi. Kala III, nyeri ditimbulkan lewatnya plasenta melalui serviks ditambah dengan nyeri yg didapatkan sang kontraksi uterus (Indah Ayu Lestari, 2021).

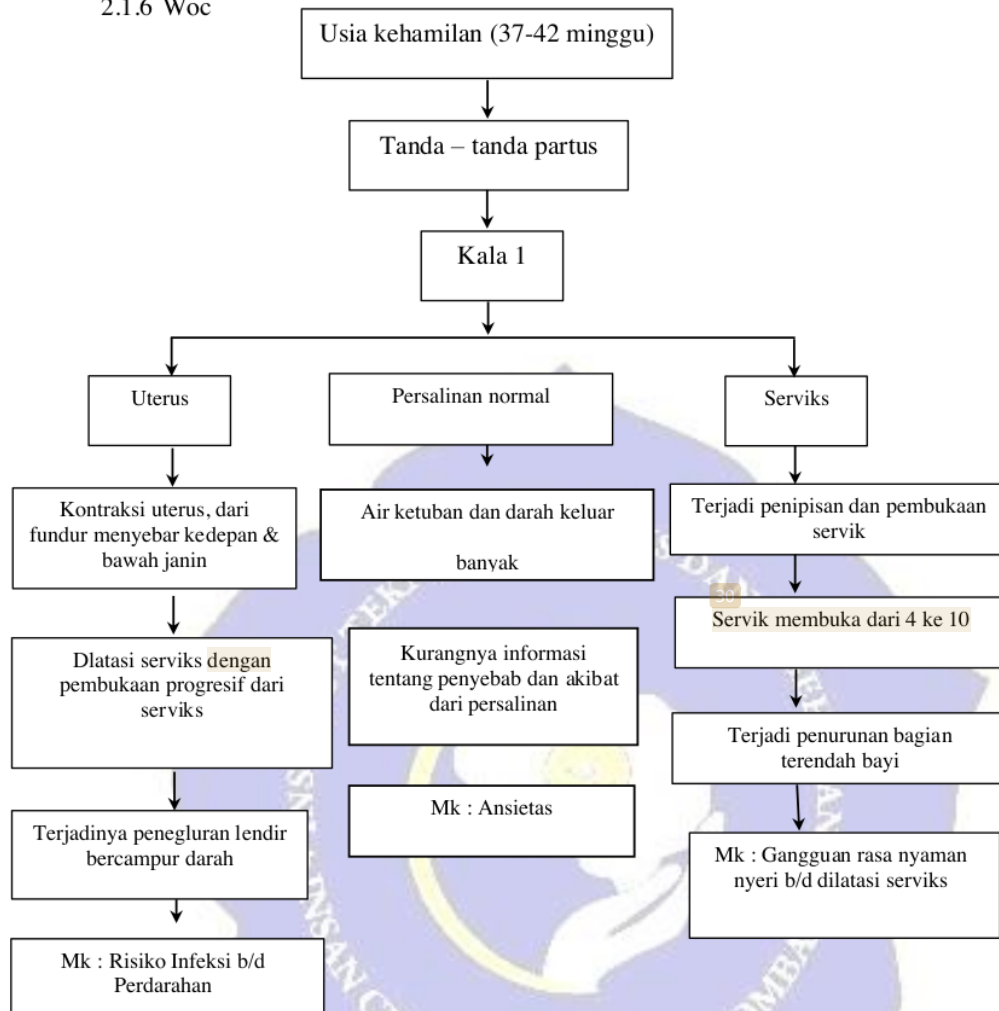
2.1.5 Manifestasi klinis

Menurut Sondakh (2013) tahapan dari persalinan terdiri atas Kala I (Kala Pembukaan), Kala II (Kala Pengeluaran Janin), Kala III (divestasi Plasenta), dan Kala IV (Kala pengawasan / observasi / pemulihan). a. Kala I (Kala Pembukaan) Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 centimeter). Proses ini terbagi pada dua fase, yaitu 1) Fase Laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka hingga 3 cm 2) Fase Aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membukadari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih bertenaga dibagi dalam 3 fase :

- a) Fase Akselerasi : dalam waktu dua jam pembukaan tiga cm menjadi 4 cm. Fase dilatasi aporisma : dalam saat 2 jam pembukaan 3 cm.
- b) Fase dilatasi berlangsung sangat cepat dari aporisma dalam saat 2 jam pembukaan 3 cm . 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase diselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali pada ketika dua jam pembukaan 9 cm sebagai lengkap.

Proses pada primagravida ataupun multigravida, namun pada multigravida mempunyai jangka waktu yang lebih pendek. di primagravida, Kala I berlangsung \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida \pm 8 jam. Dimulai semenjak ada tanda indikasi persalinan yang pertama sehingga menggunakan pembukaan lengkap, terjadi pendataran dan pembukaan serviks menggunakan lama : primi (12 jam), multi (12 jam) 2) Fase Laten pembukaan 0-3 cm lama : primi (8-10 jam), multi (3-5 jam) 3) Fase aktif : (a) akselerasi : 3-4 cm/2 jam. (Ayni *et al.*, 2021).

2.1.6 Woc



2.1.7 Penatalaksanaan

- a. Terapi Farmakologis Terapi Farmakologi merupakan menggunakan terapi pemberian obat-obatan analgesic yang bias disuntikkan, melalu infuse intra vena yaitu syaraf yang mengantar nyeri selama persalinan. Tindakan farmakologis masih mengakibatkan kontradiksi ↓ sebab pemberian obat selama persalinan bisa menembus sawar plasenta, sebagai akibatnya dapat memberi efek berefek pada aktivitas rahim. pengaruh obat yg diberikan pada ibu terhadap bayi bisa secara langsung maupun tidak langsung.



- b. Nonfarmakologi, Metode terapi pengontrolan nyeri secara nonfarmakologi sangat penting karena tidak membahayakan bagi ibu maupun janin, tidak memperlambat persalinan. Apabila diberikan control nyeri yg kuat, serta tidak mempunyai dampak alergi maupun dampak dari obat.
1. Distraksi, memfokuskan perhatian pasien di sesuatu selain di nyeri ialah prosedur yang bertanggung jawab di teknik kognitif afektif lainnya.
 2. Relaksasi, teknik untuk mencapai syarat rileks, yaitu ketika seluruh system saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat buat melepaskan ketegangan yang ada. Cara yang paling umum digunakan merupakan control pernapasan (teknik nafas dalam).
 3. Pemijatan/*masase efflurage*, masase merupakan bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan pada menurunkan nyeri secara efektif. *Back effluerage* merupakan massase dengan ujung jari yg ditekan dengan lembut serta ringan dilakukan di bagian punggung. *Massase* ini digunakan selama persalinan. Mengusapnya dengan ringan, namun tidak menyampaikan penekanan yg kuat, dan ujung jari tidak pernah terlepas dari permukaan kulit terutama jika dilakukan di permukaan tubuh tanpa dihalangi kain atau sandang. Teknik *Massage Effleurage* adalah teknik pijatan yg dilakukan buat membantu mempercepat proses pemulihan nyeri menggunakan memakai sentuhan tangan buat mengakibatkan dampak relaksasi. *Effleurage* adalah manipulasi gosokan yang halus menggunakan tekanan relatif ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau bagian atas ke 2 belah tangan, sentuhan yang sempurna serta arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya sirkulasi pembuluh darah pulang, maka memiliki efek terhadap aliran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik pulang ke jantung karena adanya tekanan serta dorongan gosokan tersebut.

- 4) Hipnoterapi, suatu proses sederhana supaya diri kita berada pada syarat rileks, damai dan terfokus guna mencapai suatu yang akan terjadi atau tujuan. majinasi terbimbing, melibatkan perempuan yg memakai imajinasi buat mengontrol dirinya. Hal ini dicapai menggunakan menciptakan bayangan yang mengurangi keparahan nyeri.
- 5) Psiko profilaksis, melatih ibu supaya mempunyai respon yang positif terhadap persalinan sehingga nyeri waktu melahirkan tidak mengakibatkan hal-hal yg mempersulit lahirnya bayi.
- 6) Akupresure, teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik fokus, pemijatan, serta pengurutan sepanjang meridian tubuh atau garis peredaran energy. Teknik ini bisa menurunkan nyeri serta mengefektifkan ketika persalinan (Jahriani *et al.*, 2022).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

1. USG

Teknik diagnostic untuk pengujian struktur badan bagian yang melibatkan kumpulan bayangan dua dimensi dengan gelombang ultrasonic.

2. Pemeriksaan NST

Non tertekan Test (NST) ialah alat kesehatan yang digunakan buat investigasi di bunda hamil yang berfungsi buat menilai hubungan antara gambaran detak jantung janin serta aktivitas janin. Cara investigasi ini dikenal jua dengan nama aktokardiografi, atau fetal activity acceleration determination (FAD; FAAD). evaluasi dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas, serta timbulnya akselerasi yg menyertai gerakan janin (Ayu Putri, 2019).

3. Pemeriksaan CTG

Cardiotocography (CTG) ialah sebuah indera yg dipergunakan oleh dokter kandungan buat memantau denyut jantung serta kontraksi rahim waktu bayi berada

pada dalam kandungan. umumnya, bayi di dalam kandungan memiliki detak jantung antara 110 serta 160 denyut per mnt serta meningkat waktu bayi berkiprah.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Irmayanti (2011) komplikasi persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi karena gangguan akibat (langsung) dari persalinan. Diantaranya adalah:

- 1) Ketuban pecah dini
- 2) Persalinan Preterm
- 3) Vasa Previa
- 4) Prolaps Tali Pusat
- 5) Kehamilan Postmatur
- 6) Persalinan Disfungsional
- 7) Distosia Bahu
- 8) Ruptur Uterus
- 9) Plasenta Akreta
- 10) Inversi Uterus
- 11) Perdarahan Pasca Partum Dini .

Menurut Irmayanti (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian komplikasi persalinan adalah :

- 1) Antenatal Care
- 2) Status paritas
- 3) Usia
- 4) Penyakit Penyerta Ibu
- 5) Jarak tempat tinggal ke RS
- 6) Rumah Sakit / Instansi yang merujuk

2.2 Konsep asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada persalinan kala I yaitu Anamnesis atau wawancara meliputi : Identifikasi klien; Gravida (kehamilan), para (persalinan), abortus (keguguran), jumlah anak yang hidup; HPHT (Hari Pertama Haid yang Terakhir); Taksiran persalinan; Riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi; Riwayat persalinan, Riwayat KB, Pemeriksaan fisik meliputi (kepala, mata, hidung, telinga, mulut dan tenggorokan, Pemeriksaan fisik thorax, Abdomen, Perineum dan genitalia, Integumen, Ekstremitas (atas dan bawah), Kebutuhan Dasar Khusus meliputi (Nutrisi dan cairan, Eliminasi, Istirahat dan tidur, Mobilisasi dan latihan, Keadaan mental, Pola hidup yang meningkatkan resiko hamil, Laporan Persalinan (Pengkajian awal, Kala persalinan) Hasil pemeriksaan penunjang (Xray, USG, NST, CTG) dan Terapi medis (Vebyola, 2019).

Menurut Mitayani (2013) pengkajian yang dilakukan pada kala I yaitu: Pemeriksaan fisik, Tanda-tanda vital, Auskultasi DJJ, Kontraksi uterus, dilatasi uterus, penurunan presentasi terendah, dan kemajuan persalinan, perineum.

2.2.2 Pemeriksaan fisik

- 1). Keadaan umum Untuk mengetahui keadaan umum apakah baik, sedang, jelek (Prihardjo, 2008). Pada persalinan normal keadaan umum klien baik (Nugroho, 2010).
- 2). Kesadaran Untuk mengetahui tingkat kesadaran klien apakah composmetis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan letak sungsang kesadarannya composmentis.
- 3). Tanda vital
 - (1) Tekanan darah Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg
 - (2) Nadi Untuk mengetahui nadi klien yang dihitung dalam menit. Batas normalnya 69-100 x/ menit

- (3) Respirasi Untuk mengetahui frekuensi pernafasan klien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normalnya 12-22 x/ menit.
- (4) Suhu Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/ infeksi dengan menggunakan skala derajat celcius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38°. (Saifuddin, 2010).

4) Pemeriksaan fisik Head To Toe (Sulistiyowati, 2013)

- (1) Kepala Bentuk kepala oval dan bulat, kulit kepala bersih, rambut berwarna hitam dan tidak rontok. Muka oedem, tidak ada nyeri tekan.

Mata : Mata simetris kanan dan kiri, sklera mata berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda.

Telinga : Simetris kanan kiri, bersih tidak ada serumen, pendengaran berfungsi dengan baik.

Hidung : Bentuk normal, keadaan bersih, tidak ada polip, pertumbuhan rambut hidung merata, penciuman normal.

Mulut : bentuk normal, kedaan bersih, tidak ada kesulitan menelan.

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

(3) Dada :

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

- (2) Paru paru Jalan nafas spontan, vokal fremitus getarannya sama, tidak teraba massa, perkusi sonor, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan atau tidak yaitu wheezing atau ronchi.

- (3) Jantung Kecepatan denyut apical reguler, irama jantung normal, umumnya tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri tekan.

- (4) Abdomen Abdomen mungkin masih menonjol atau membesar, terdapat luka operasi tertutup perban. Nyeri pada luka bekas operasi. Tinggi fundus uterus turun 1-2 jari setiap 24 jam, konsistensi uterus keras atau lembek. Perkusi timpani pada usus, bising usus normal.
- (5) Genetalia Jumlah dan jenis lochea biasanya terdapat pengeluaran lochea rubra (berwarna merah) yang menetap selama 3 hari. Berapa kali ganti pembalut dalam sehari.
- (6) Ekstermitas Atas : Pada pasien persalinan normal Lingkar Lengan Atas 23 cm, tidak ada edema . Ekstremitas bawah: Ada edema, tidak ada varises (Zahroh, 2021)
- 5). VT (pemeriksaan dalam) Untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan servik berapa, penurunan kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak (Prawirohardjo, 2010)
- 6). Pemeriksaan penunjang (Xray, USG, NST, CTG).

2.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang di peroleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan yang penulis ambil pada pasien yang akan melahirkan yaitu : nyeri persalinan. Faktor yang berhubungan dengan nyeri persalinan yaitu: dilatasi serviks dan ekspulsi fetal (Herdman, 2015). Batasan karakteristik nyeri persalinan meliputi: diaforesis, dilatasi pupil, ekspresi wajah (misal mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar, atau tetap pada satu fokus, meringis), fokus pada diri sendiri, kontraksi uterin, mual, muntah, nyeri, peningkatan nafsu makan, penurunan nafsu makan, penyempitan fokus, perilaku distraksi, perilaku ekspresif, perilaku melindungi yang sakit, perubahan frekuensi jantung, perubahan frekuensi pernapasan, perubahan fungsi neuroendokrin, perubahan

fungsi urinarius, perubahan pola tidur, perubahan ketegangan otot, perubahan tekanan darah, posisi rileks untuk mengatasi nyeri, tekanan perineal (Herdman, 2015).

Diagnosa Keperawatan :

- a) Gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks
- b) Ansietas b/d kurangnya pengetahuan tentang persalinan
- c) Resiko infeksi b/d perdarahan

Tabel 2.2 Diagnosa prioritas

No	Diagnose keperawatan	Etiologi	Tanda dan gejala
1.	00256 Gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks Kategori : Psikologis Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan Definisi :Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.	Kode diagnosis 00256 1. Dilatasi serviks 2.. Ekspulsi fetal	Mayor 1. Subjektif : a. Mengeluh nyeri b. Tekanan perineal 2. Objektif : a. Ekpresi wajah meringis b. Berposisi rileks untuk mengatasi nyeri c. Kontraksi uterin Minor 1. Subjektif: a. Mual, b. Peningkatan nafsu makan/ penurunan nafsu makan 2. Objektif : a. Perubahan tekanan darah meningkat b. Perubahan frekuensi nadi meningkat dan Perubahan frekuensi pernapasan c. Perubahan ketegangan otot meningkat d. Perubahan Pola tidur e. Diaforesis f. Perilaku ekspresif g. Dilatasi Pupil h. Muntah i. Fokus pada diri sendiri.
2.	00146 Ansietas b/d kurangnya pengetahuan tentang persalinan	Kode diagnosis 00146 1. Terpapar pada toksin	Mayor 1. Subjektif : a. Mengeluh gelisah b. Khawatir tentang perubahan dalam peristiwa hidup

<p>Definisi : Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) ; perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bhaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p>	<p>2. Riwayat keluarga dengan ansietas 3. Hereditas 4. Perubahan besar 5. Krisis maturasi 6. Krisis situasi</p>	<p>2. Obyektif a. Wajah tegang b. Peningkatan keringat c. Suara bergetar</p> <p>Minor 1. Subjektif a. Mual b. Keletihan 2. Objektif a. Penurunan tekanan darah (parasimpatis) b. Tampak waspada (perilaku) c. Kontak mata yang buruk (perilaku) d. Gerakan Exstra (perilaku)</p>
<p>3. 00004 Risiko infeksi b/d perdarahan Definisi : Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p>	<p>1. Imunosupresi 2. Pecah ketuban lambat 3. Pecah ketuban dini 4. Prosedur invasif 5. Penurunan Hemoglobin</p>	<p>1. Mayor Subjektif a. - Objektif a. Statis cairan tubuh b. Obesitas</p> <p>2. Minor Subjektif Objektif a. Malnutrisi b. Merokok</p>

(Nanda NIC-NOC 2018-2020)

2.2.4 Intervensi keperawatan

No	Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	<p>Gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks Batasan karakteristik: a. Mengeluh nyeri b. Tekanan perineal c. Ekpresi wajah nyeri d. Berposisi rileks untuk mengatasi nyeri e. Kontraksi uterin</p>	<p>NOC : a. <i>Pain Level</i> b. <i>Pain Control</i> c. <i>Comfort Level Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam klien diharapkan dapat beradaptasi terhadap nyerinya dengan</i> Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab</p>	<p>NIC : 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p>

<p>f. Mual g. Peningkatan nafsu makan/ penurunan nafsu makan h. Perubahan tekanan darah meningkat i. Perubahan frekuensi nadi meningkat dan Perubahan frekuensi pernapasan j. Perubahan ketegangan otot meningkat k. Diaforesis l. Perilaku ekspresif m. Dilatasi Pupil n. Muntah o. Fokus pada diri sendiri.</p>	<p>nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: <i>message back efflurage</i> selama 15 mnt 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri, berapalama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign 12. Observasi HIS</p>
<p>2. Ansietas b/d kurangnya pengetahuan tentang persalinan</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>a. Perilaku b. Afektif c. Fisiologis d. Simpatik e. Parasimpatis f. Kognitif</p>	<p><i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam klien diharapkan dapat beradaptasi terhadap nyerinya dengan</i></p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien dan keluarga pasien dapat menjelaskan kembali tentang sebab dan akibat dari persalinan 2. Pasien dan keluarga pasien dapat menyebutkan kembali sebab dan akibat dari persalinan 3. Pasien dan keluarga pasien dapat mengenali tanda-tanda persalinan 4. Tidak ada tanda kebingungan pada pasien dan keluarga 5. Tanda tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang sebab dan akibat dari persalinan 2. Bantu pasien mengenali sebab dan akibat dari persalinan 3. Bantu pasien dan keluarga pasien untuk mengenali tanda-tanda persalinan 4. Observasi tanda-tanda kebingungan pada pasien dan keluarga 5. Observasi TTV 6. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk pemberian obat jika diperlukan</p>
<p>3. 00004 Resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan</p> <p>a. Perubahan Ph sekresi b. Penyakit kronis c. Penurunan kerja siliaris d. Penurunan hemoglobin</p>	<p><i>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam klien diharapkan dapat diminimalisir dengan</i></p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Knowledge : Infection control Kriteria Hasil :</p> <p>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta Tujuan dan kriteria hasil</p>	<p>1. Kaji keadaan kulit, warna dan tekstur 2. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 4. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan Intervensi</p>

e. Imunosupresi	penatalaksanaannya,	5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
f. Pecah ketuban dini	3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	
g. Pecah ketuban lambat	4. Jumlah leukosit dalam batas normal	
h. Pecah ketuban dini		
i. Pecah ketuban lambat	5. Menunjukkan perilaku hidup	

2.2.5 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya (Mitayani, 2011). Implementasi dilakukan berdasarkan semua tindakan yang sudah direncanakan pada intervensi antara lain: relaksasi, pijatan (back effluerage) dan mengatur posisi untuk mengurangi nyeri (Bulechek, 2016).

Marmi, (2012) menyatakan bahwa implementasi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan kala I yaitu dengan penggunaan teknik nonfarmakologi relaksasi menggunakan *message back effluerage*.

Back effluerage adalah massase dengan ujung jari yang ditekan dengan lembut dan ringan dilakukan di bagian punggung. Massase ini digunakan selama persalinan. Mengusapnya dengan ringan, tetapi tidak memberikan penekanan yang kuat, dan ujung jari tidak pernah terlepas dari permukaan kulit terutama bila dilakukan pada permukaan tubuh tanpa dihalangi kainatau pakaian. Selanjutnya tindakan keperawatan yang diberikan untuk mengurangi nyeri persalinan kala I yaitu perubahan posisi. Posisi side lying (lateral position) yaitu posisi dimana klien berbaring diatas salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh kesamping (Rinata *et al*, 2018).

Back effluerage adalah massase dengan ujung jari yang ditekan dengan lembut dan ringan dilakukan di bagian punggung. Massase ini digunakan selama persalinan. Mengusapnya dengan ringan, tetapi tidak memberikan penekanan yang kuat, dan ujung jari tidak pernah terlepas dari permukaan kulit terutama bila dilakukan pada permukaan tubuh tanpa dihalangi kain atau pakaian. Selanjutnya tindakan keperawatan yang diberikan untuk mengurangi nyeri persalinan kala 1 yaitu perubahan posisi. Posisi side lying (lateral position) yaitu posisi dimana klien berbaring di atas salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh kesamping (Veronica *et al*, 2022).

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri ibu dan menilai hasil yang diharapkan 21 perubahan diri ibu dan sejauh mana masalah ibu dapat diatasi.

Evaluasi yang diharapkan mengenai nyeri persalinan kala 1 yaitu : klien dapat mengikuti semua anjuran terkait dengan proses persalinan, klien tampak lebih tenang, nyeri saat persalinan dapat dikurangi dengan terapi nonfarmakologi, klien menyatakan tidak perlu menggunakan obat anti nyeri.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan rasa nyaman nyeri saat bersalin kala I (Di ruang VK Drupadi RSUD Jombang).

3.2 Batasan istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisir dalam pemberian asuhan keperawatan, yang di fokuskan pada reaksi dan respons untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial
2. Persalinan kala I disebabkan oleh dilatasi dan penipisan serviks serta iskemia uterus hal ini dikarenakan penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal mengalami defisit akibat kontraksi arteri miometrium, nyeri ini disebut nyeri viseral.
3. Masalah : diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksana.
4. Gangguan rasa nyaman nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya.

5. RSUD Jombang adalah Rumah Sakit Daerah Kabupaten Jombang yang merawat klien Bersalin (Melahirkan) di ruang Drupadi.

3.3 Waktu dan tempat

3.3.1 Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang Drupadi VK RSUD Jombang, Jawa Timur.

3.3.2 Waktu

Waktu yang ditetapkan adalah pada bulan Desember 2022 dan pada pengkajian dilakukan saat klien MRS sampai klien dirawat minimal 1 hari.

3.4 Partisipan

Subjek yang digunakan dalam penelitian ini responden (pasien) adalah 1 klien dengan masalah keperawatan nyeri persalinan dan dalam penelitian ini responden (pasien), dimana memiliki kriteria sebagai berikut :

1. Pasien adalah ibu melahirkan normal dan pertama kali melahirkan anak pertamanya
2. Ibu primipara yang mengalami gangguan rasa nyaman nyeri persalinan pada kala I
3. Mampu berkomunikasi dengan baik dan efektif
4. Bersedia menjadi responden

3.5 Jenis dan teknik pengumpulan data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

1. Wawancara

Hasil anamesa didapatkan dari klien atau keluarga yang meliputi identitas klien, identitas penanggung jawab klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi didapatkan dengan cara pemeriksaan fisik pada klien yang dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

3. Studi dokumentasi dan angket

Setelah data dikumpulkan kemudian menentukan diagnose keperawatan dari data yang diperoleh, setelah itu melaksanakan intervensi keperawatan yang telah dilakukan dan mengevaluasi hasil.

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan data untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping intergritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/Tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 1 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu validitas diperpanjang satu hari.
2. *Triangulasi* merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan memanfaatkan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh dari responden, Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama seperti klien.

3.7 Analisa data

Analisa data dilakukan sejak penelitian dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan acra mengemukakan fakta selanjutnya membandingkan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban yang

diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data, untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi (pengamatan), dokumentasi hasil studi tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus terdiri dari :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran dan lokasi pengambilan data

Lokasi RSUD Kabupaten Jombang di Jl. KH. Wahid Hasyim No.52, Kab. Jombang Jawa Timur. RSUD Kabupaten Jombang dan merupakan Rumah Sakit Tipe B Pendidikan. Ruang Drupadii memiliki 2 ruang yaitu Drupadi VK dilantai 1 khusus untuk bersalin dan Drupadi 2 dilantai 2 ruangan khusus untuk ibu setelah melahirkan atau nifas.

1. Pengkajian

Tabel 4.1 Tabel pengkajian identitas klien

Identitas klien	Kasus
Nama	Ny.N
Umur	25 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan	SD
Pekerjaan	IRT
Alamat	Ngoro, Jombang
Status pernikahan	Sudah menikah
Dx medis	G1P0A0/UK 40 minggu+spontan
Tanggal MRS	15 Desember 2022
Tanggal pengkajian	15 Desember 2022
No. RM	52 xxx

2. Riwayat kesehatan

Tabel 4.2 Tabel riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan	Kasus
Keluhan utama	Ibu mengatakan nyeri perut dan punggung saat ada desakan bayi mau keluar, seperti mules -mules ingin BAB, nyeri menjalar hingga ke jalan lahir nyeri skala 6.
Riwayat kesehatan sekarang	Keluarga klien mengatakan pada hari Kamis tanggal 15-12-2022 jam 08.00 WIB, saat klien pulang belanja mengalami kenceng - kenceng dan perut seperti mules serta vagina mengeluarkan lendir bercampur sedikit darah.
Riwayat kesehatan dahulu	Keluarga klien menyatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit DM, TB, Hipertensi, Stroke, dll.

Riwayat kesehatan keluarga	Keluarga klien menyatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki Riwayat penyakit menurun.
----------------------------	--

3. Riwayat kesehatan

Tabel 4.3 Tabel riwayat kesehatan

Pola fungsi kesehatan	Sebelum MRS	Setelah MRS
Pola nutrisi	Klien mengatakan biasanya makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk dan sayur, minum sekitar 1000 cc/hari.	Keluarga klien mengatakan klien minum susu 3 x 200 ml selalu habis
Pola tidur dan istirahat	Saat klien dirumah istirahat tidur 6-8 jam sehari, klien jarang tidur siang.	Saat MRS klien mengatakan sulit tidur dikarenakan kurang nyaman karena nyeri, tidur hanya 4-6 jam sehari dan sering terbangun.
Pola eliminasi	Sebelum MRS klien BAB 1 x sehari, BAK 3-4 x sehari kurang lebih 500 cc.	Saat MRS klien belum BAB, warna urine oranye kurang lebih 200cc.
Personal Hygiene	Klien mandi 2-3 kali setiap hari, ganti baju 1-2 kali setiap hari, keramas 2x sehari dan mengosok gigi sendiri.	Klien diseka oleh keluarga setiap pagi dan sore hari, ganti baju 1 kali perhari.

4. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.4 Tabel pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik	Kasus
TD	140/90 mmHg
N	112 x/menit
S	37,0 °C
RR	21 x/menit
GCS	4,5,6
Kesadaran	Komposmentris
Kepala	Inspeksi : Bentuk wajah simetris, nampak meringis menahan sakit P: nyeri karena kontraksi Q: nyeri terasa seperti mulas ingin BAB dan ditekan R: nyeri pada area punggung S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul dan terasa saat perut mulai berkontraksi. Palpasi : Terdapat pembengkakan pada exstremitas atas dan bawah
Mata	Inspeksi : Bentuk simetris, kelopak mata normal, konjungtiva merah muda, tidak memakai kaca mata.
Telinga	Inspeksi : Bentuk telinga melengkung sempurna, simetris kanan dan kiri, pendengaran normal.
Hidung	Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan.
Mulut	Inspeksi : Warna mukosa mulut pink, lembab, tidak ada lesi.

	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
Leher	Inspeksi : Bentuk leher lurus, warna kulit sawo matang, tidak ada pembesaran kelenjar. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri, tidak ada peningkatan pada vena jugularis
Thorax	Paru-paru: Inspeksi : Bentuk dada normal chest, tidak ada penonjolan paru, tidak ada oedema. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan Jantung: Auskultasi : suara jantung I/S1 (lup), suara jantung II/S2 (dup), tidak ada bunyi tambahan.
Abdomen	Inspeksi : Bentuk perut membesar sesuai umur kehamilan terdapat stretchmark, warna kulit sawo matang. Palpasi : 1) Leopold I : TFU 30 cm, teraba bagian lunak dan tidak ada lentingan 2) Leopold II : Teraba bagian kiri perut teraba keras seperti papan (punggung janin) pergerakan janin aktif 3) Leopold III : Bagian bawah perut teraba bulat keras d) Leopold IV : Konvergent (kepala sudah masuk (PAP) Perkusi : Bunyi timpani Auskultasi : Bunyi bising usus 14 x/mnt, DJJ 142 x/mnt
Genetalia	Inspeksi : Tidak ada lecet
Ekstremitas	Inspeksi : Tidak ada keterbatasan pergerakan pada ekstremitas atas dan bawah, tidak ada oedema. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

5. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.5 Tabel pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang	Hasil
USG	Bpd : 9.09cm GA : 36w6d Edd : 15,12,2022 Ac : 29.50cm Ga : 33w3d Fl : 6.89cmEfw : 3495g Fl/ac : 23% Fl/bpd 76%

6. Terapi medik

Tabel 4.6 Tabel terapi medik

Terapi medik	Kasus
Infus	RL 1500 cc/24 jam
Injeksi	Kolaborasi tim medis 1) Nifedipin tab 3x10 mg (untuk ibu)

-
- 2) Oxytocin 1 amp x 1 mg (untuk ibu)
3) Inj. Vit K dan tetes mata (untuk bayi)
-

7. Analisa data

Tabel 4.7 Tabel Analisa data

No	Analisa data	Etiologi	Diagnosa keperawatan
1	<p>DS: ibu mengatakan nyeri perut dan punggung saat ada desakan bayi mau keluar, seperti mules -mules ingin BAB , nyeri menjalar hingga ke jalan lahir nyeri skala 6</p> <p>DO: -K/U meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak meringis kesakitan - P : nyeri karena kontraksi Q : nyeri terasa seperti mulas ingin BAB dan ditekan R : nyeri pada bagian punggung S : Skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul dan terasa saat perut mulai berkontraksi - TD : 140/90 mmHg - S : 36,9 C - RR : 21 x/mnt - SPO2 : 98 % - GCS : 456 - HIS : 2.10.35 - VT : 8 cm 	Dilatasi serviks	Gangguan rasa nyaman nyeri
2.	<p>DS : Ibu mengatakan kapan bayinya keluar dan terlihat cemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak meringis menahan nyeri - TD : 140/90 mmHg - S : 36,9 C - RR : 21 x/mnt - N : 112 	Kurangnya pengetahuan tentang persalinan	Ansietas
3.	<p>DS :</p> <p>Ibu mengatakan jika ada darah dan lendir yang merembas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak lendir dibagian vagina - Darah keluar dari vagina setiap dilatasi serviks berlangsung - Pecah ketuban dalam rentang 1 jam 	- Perdarahan	Risiko Infeksi

8. Intervensi keperawatan

Tabel 4.8 Tabel intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
----------------------	-----	-----

Gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks Batasan karakteristik: a. Mengeluh nyeri b. Tekanan perineal c. Ekpresi wajah nyeri d. Berposisi rileks untuk mengatasi nyeri e. Kontraksi uterin f. Mual g. Peningkatan nafsu makan/ penurunan nafsu makan h. Perubahan tekanan darah meningkat i. Perubahan frekuensi nadi meningkat dan Perubahan frekuensi pemapasan j. Perubahan ketegangan otot meningkat Perubahan Pola tidur	INDIKATOR :					LABEL NIC : Manajemen Nyeri AKTIVITAS : 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 5. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 6. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: <i>message back efflurage</i> 8. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Memberikan informasi tentang nyeri, berapalama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Memonitor vital sign 12. Mengobservasi HIS		
	NO	INDIKATOR	INDEKS					
			1	2	3		4	5
	1.	Mampu mengontrol nyeri					√	
	2.	Melaporkan bahwa nyeri berkurang					√	
	3.	Mampu mengenali nyeri					√	
4.	Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang				√			
5.	Tanda tanda vital dalam rentang normal				√			

9. Implementasi

Tabel 4.9 Tabel implementasi keperawatan

Hari/tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	Paraf
Kamis 15/12/23	08.00	1. Menjelaskan pada klien penyebab nyeri terjadi: bahwa nyeri yang dirasakan tersebut akibat dari dilatasi serviks 2. Melakukan pengkajian nyeri P: nyeri karena kontraksi Q: nyeri seperti mulas- mulas ingin BAB R: nyeri pada punggung S: skala nyeri 6 T: terasa hilang timbul saat kontraksi 3. Mengganti cairan infus RL 20 tpm 4. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman untuk klien Mengajarkan terapi nonfarmakologi yaitu message efflurage 15 mnt 5. Menobservasi ttv TD : 140/90 mmHg N: 112 x/menit S: 36,9°C	Evania

		RR: 24x/menit Skala nyeri 6	
Kamis 15/12/23	09.00	1. Memposisikan klien nyaman mungkin yaitu posisi semifowler 2. Mengajarkan terapi nonfarmakologi yaitu dengan cara message efflurage 15 mnt dan mengajarkan keluarga. 3. Memberikan injeksi 4. Mengobservasi ttv TD: 130/80 mmHg N: 112 x/menit S: 36,8 °C RR: 24 x/menit Skala nyeri 8	Evania
Kamis 15/12/23	10.00	1. Mengobservasi ttv TD: 110/70 mmHg N: 112 x/menit S: 36,7°C RR: 24 x/menit Skala nyeri 10 2. Mengajarkan terapi nonfarmakologi yaitu dengan cara message efflurage 15 mnt 3. Memberikan injeksi Mengganti cairan infus RL 20 tpm	Evania

10. Evaluasi

Tabel 4.10 Tabel evaluasi keperawatan

Hari/tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Kamis 15/12/22	08.00	S: ibu mengatakan nyeri perut dan punggung saat ada desakan bayi mau keluar, seperti mules -mules ingin BAB , nyeri menjalar hingga ke jalan lahir nyeri skala 6 O: k/u lemah, GCS 4,5,6, kesadaran komposmentis - Nampak meringis kesakitan - P: nyeri karena kontraksi Q: nyeri terasa seperti mulas ingin BAB dan ditekan R: nyeri pada bagian punggung S: Skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul dan terasa saat perut mulai berkontraksi - TD : 140/90 mmHg - S: 37,0 C - RR :24 x/mnt - N : 112 x/mnt A: masalah nyeri belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Evania
Kamis 15/12/22	09.00	S: ibu mengatakan nyeri perut dan punggung saat ada desakan bayi mau keluar, seperti mules -mules ingin BAB , nyeri menjalar hingga ke jalan lahir nyeri skala 8 O: k/u lemah, GCS 4,5,6, kesadaran komposmentis - Nampak meringis kesakitan - P : nyeri karena kontraksi Q : nyeri terasa seperti mulas ingin BAB dan ditekan R: nyeri pada bagian punggung S: Skala nyeri 8	Evania

		<p>T: nyeri hilang timbul dan terasa saat perut mulai berkontraksi</p> <p>- TD : 130/80 mmHg</p> <p>- S: 36,9 C</p> <p>- RR : 24 x/mnt</p> <p>- N : 112 x/mnt</p> <p>A: masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	
Kamis 15/12/22	10.00	<p>S: ibu mengatakan nyeri perut dan punggung saat ada desakan bayi mau keluar, seperti mules -mules ingin BAB , nyeri menjalar hingga ke jalan lahir nyeri skala 10</p> <p>O: k/u lemah, GCS 4,5,6, kesadaran komposmentis</p> <p>- Nampak meringis kesakitan</p> <p>- P : nyeri karena kontraksi</p> <p>Q : nyeri terasa seperti mulas ingin BAB dan ditekan</p> <p>R: nyeri pada bagian punggung</p> <p>S: Skala nyeri 10</p> <p>T: nyeri hilang timbul dan terasa saat perut mulai berkontraksi</p> <p>- TD : 120/80 mmHg</p> <p>- S: 36,7 C</p> <p>- RR : 24x/mnt</p> <p>- N : 112x/mnt</p> <p>A: masalah nyeri teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	Evania

4.2 PEMBAHASAN

Pembahasan merupakan perbandingan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus untuk menjawab tujuan pada penelitian. Perbedaan perbandingan dijelaskan dengan konsep pembahasan mengapa dan bagaimana dengan urutan penulisan berdasarkan F-T-O (Fakta-Teori-Opini) kemudian isi pembahasan disesuaikan dengan tujuan kasus yaitu:

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian didapatkan klien mengeluh nyeri pada rahang bawah sebelah kanan yang mengganggu kenyamanan klien, **P:** nyeri karena adanya kontraksi, **Q:** nyeri seperti ingin mulas- mulas BAB dan ditekan, **R:** nyeri pada punggung sebelah tengah, **S:** skala nyeri 6, **T:** nyeri hilang timbul saat perut mulai kontraksi. Keadaan umum klien lemah, kesadaran komposmentris, **GCS** 4,5,6, **TD:** 120/80 mmHg, **N:** 100 x/menit, **S:** 36,7 °C, **RR:** 20 x/menit.

Gangguan rasa nyaman nyeri merupakan perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, dan lingkungan. Menurut Kolcaba kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seorang individu yang bersifat holistik, meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, lingkungan. Pada fase ini, calon ibu mungkin akan mengalami rasa sakit, kelelahan, hingga kebingungan dan tidak tahu apa yang harus dilakukan. Pada tahap ini pula, leher rahim biasanya sudah melebar hingga 1 sentimeter. Fase aktif persalinan, pembukaan serviks akan terjadi dengan lebih cepat. Pada fase ini, pembukaan serviks sudah mencapai ukuran 4 sentimeter di pembukaan keempat, 5 sentimeter pada pembukaan lima, 6 sentimeter pada pembukaan enam, dan berlanjut sampai 7 sentimeter pada pembukaan ketujuh. Semakin bertambah lebar pembukaan, maka akan semakin intens kontraksi yang dialami ibu. Sampai pada akhirnya ukuran leher rahim mencapai 8 sentimeter, 9 sentimeter, dan 10 sentimeter yaitu pembukaan 10 (Rohma, 2017).

Menurut pendapat dari peneliti hasil pengkajian pada asuhan keperawatan sesuai dengan data subjektif dan data objektif saat pengkajian bahwa ibu primigravida yang mengalami proses melahirkan persalinan normal kala 1 mengalami gangguan rasa nyaman nyeri sehingga menimbulkan sensasi kurangnya kenyamanan posisi. Gangguan rasa nyaman nyeri pada proses persalinan pada dasarnya berbeda dengan gangguan rasa nyaman nyeri yang dialami individu pada umumnya. Skala nyeri saat persalinan berlangsung mengalami peningkatan setiap dilatasi serviks sehingga menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri yang sangat hebat pada punggung sehingga mengganggu kenyamanan klien dan menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri. Gangguan rasa nyaman nyeri selama tahap pembukaan terjadi saat kontraksi uterus dan dilatasi serviks. Menurut peneliti tidak ada ksenjangan maupun penyimpangan saat pengambilan data asuhan keperawatan. Maka dalam pengambilan asuhan keperawatan diharapkan seorang perawat profesional mengkaji betul sesuai data realita dengan keadaan klien saat

pengkajian pada saat itu, sehingga menghasilkan asuhan keperawatan yang bestandart dan berkualitas untuk mempecepat kesembuhan klien.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien dari hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, pemeriksaan *diagnostic*, dan batasan karakteristik nyeri yaitu perubahan selera makan, perubahan pada parameter fisiologis, bukti nyeri dengan pemeriksaan nyeri, perilaku ekspresif, ekspresi wajah nyeri, dan sikap tubuh yang melindungi nyeri, sehingga didapatkan masalah yang dialami adalah nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks.

Gangguan rasa nyaman nyeri atau pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang di gambarkan sebagai kerusakan (*international association for the study of pain*), awitan yang tiba-tiba atau labat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau direaksi (NANDA, 2018). Pendekatan teori *comfort* yang dikembangkan oleh Kolcaba menawarkan kenyamanan sebagai bagian terdepan dalam proses keperawatan. Kolcaba memandang bahwa kenyamanan holistik adalah kenyamanan yang menyeluruh meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan dan psikososial. Tingkat kenyamanan terbagi menjadi tiga yaitu *relief* dimana pasien memerlukan kebutuhan kenyamanan yang spesifik, *ease* yaitu terbebas dari rasa ketidaknyamanan atau meningkatkan rasa nyaman, dan *transcendence* yaitu mampu mentoleransi atau dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanan (Kolcaba, 2019).

Menurut pendapat peneliti diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa yang sudah ditetapkan berdasarkan teori dan keluhan klien gangguan rasa nyaman nyeri saat diatalasi serviks. Hasil pengkajian keperawatan dari data subjektif dan objektif Ny.N tersebut sesuai dengan masalah keperawatan Gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks. Pengkajian yang di dapatkan peneliti sesuai dengan Nanda,NIC,NOC yaitu gangguan

rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks, sehingga klien mengalami gangguan rasa nyaman nyeri pada saat proses persalinan normal berlangsung. Menurut peneliti diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan teori yang sudah ditetapkan klien. Dari teori pada diagnosa keperawatan maka tenaga kesehatan khususnya seorang perawat profesional harus segera mungkin untuk meningkatkan dan memposisikan baik klien maupun lingkungan yang nyaman.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien adalah menjelaskan pada klien penyebab gangguan rasa nyaman nyeri bisa terjadi, melakukan pengkajian nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi gangguan rasa nyaman nyeri, mengajarkan terapi nonfarmakologis *Back effluerage* adalah massase dengan ujung jari yang ditekan dengan lembut dan ringan dilakukan di bagian punggung. Massase ini digunakan selama persalinan. Mengusapnya dengan ringan, tetapi tidak memberikan penekanan yang kuat, dan ujung jari tidak pernah terlepas dari permukaan kulit terutama bila dilakukan pada permukaan tubuh tanpa dihalangi kain atau pakaian. Kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian *analgesic*, memberikan informasi tentang gangguan rasa nyaman nyeri, dan memonitor tanda- tanda vital. Pemijatan/*masase efflurage* adalah terapi nonfarmakologis, masase adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan gangguan rasa nyaman nyeri secara efektif.

Menurut konsep teori Comfort Kolkaba kenyamanan adalah pengalaman yang diterima oleh seseorang dari suatu intervensi, teori kenyamanan meliputi kebutuhan

kenyamanan, intervensi kenyamanan, variabel intervensi, peningkatan kenyamanan, perilaku pencari kesehatan, dan integritas institusional Standar operasional pemberian *message back efflurage* 1. Berikan salam, perkenalkan diri perawat dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien dengan cermat, 2. Persiapkan alat- alat yang dibutuhkan, 3. Beri tahu klien tindakan yang akan dilakukan, 4. Cuci tangan , 5. Atur klien dalam posisi miring, 6. Letakkan sebuah bantal kecil di bawah perut klien untuk menjaga posisi yang tepat, 7. Letakkan sedikit lotion ke tangan, 8. Usap kedua tangan sehingga lotion akan rata pada permukaan tangan, (perhatikan kemungkinan klien alergi terhadap minyak atau lotion), 9. Melakukan massage: Buat gerakan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang, gerakkan secara perlahan berikan penekanan kebawah sehingga tidak mendorong pasien kedepan, 10. Lakukan gerakan itu berulang 2-3 kali saat terjadi kontraksi selama 10 menit, 11. Bersihkan baby oil pada lumbal kelima klien dengan handuk, 12. Rapikan klien ke posisi semula, 13. Beritahu bahwa tindakan telah selesai, 14. Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan cuci tangan. (Kolcaba, 2019).

Menurut pendapat dari peneliti perencanaan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang ditetapkan sebelumnya berdsarkan teori ada keluhan gangguan rasa nyaman nyeri saat dilatasi serviks persalinan diharapkan teratasi sebagian. intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada Ny.N tersebut sesuai dengan masalah keperawatan Gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks . Intervensi yang ditetapkan yang diambil dari NOC dan NIC berdasarkan hasil dan perkembangan yang bisa dicapai oleh klien, dengan intervensi yang mampu dilakukan oleh klien agar *outcome* yang ditetapkan bisa terselesaikan. Menurut peneliti tidak ada kesenjangan teori dan penerapan perencanaan asuhan keperawatan dengan diagnosa yang sudah ditetapkan klien. Dari teori pada standart intervensi keperawatan maka seorang perawat harus

segera mungkin untuk merumuskan tentang implementasi apa saja tindakan yang akan diberikan kepada klien.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien telah sesuai dengan yang ada di intervensi keperawatan yaitu melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan terapi nonfarmakologis *massage efflurage* agar menjadi rileks, kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian analgesic untuk mengurangi rasa skala nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi gangguan rasa nyaman nyeri, memberikan posisi yang nyaman, dan memonitor tanda- tanda vital.

Menurut Herinawati *massage effleurage* merupakan salah satu metode non farmakologis yang dilakukan untuk mengurangi gangguan rasa nyaman nyeri. Mengontrol lingkungan yang nyaman dengan cara membatasi jumlah pengujung didalam ruangan sehingga ibu bisa beristirahat yang cukup, memberikan posisi duduk yang nyaman pada ibu, pemberian *massage effleurage* berupa usapan lembut, lambat dan panjang tidak putus-putus. Teknik Massage ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, menghangatkan otot abdomen serta menimbulkan efek relaksasi dan menciptakan perasaan nyaman (Herinawati, 2019). *Message effluarage* efektif untuk mengurangi intensitas nyeri persalinan selama fase aktif. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Tri Handayani, (2020) menunjukkan bahwa terdapat perubahan nyeri pada kala I fase aktif saat sebelum dan sesudah melakukan teknik *massage effleurage* (Fathia *et al.*, 2023)

Menurut peneliti, implementasi yang dilaksanakan pada Ny.N sesuai dengan intervensi yang ada dalam standart intervensi yang tertulis dalam buku *Nursing Interventions Classification* (NIC). Memanajemen gangguan rasa nyaman nyeri yaitu melakukan pengkajian nyeri rasionalnya yaitu mengetahui derajat nyeri yang sedang,

mengajarkan terapi nonfarmakologis rasionalnya memberikan ketenangan klien dan mengurangi derajat nyeri, kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian analgesic rasionalnya terapi farmakologi dapat menurunkan gangguan rasa nyaman nyeri, mengontrol lingkungan dengan cara membatasi jumlah pengunjung agar ibu dapat beristirahat yang cukup sehingga dapat mempengaruhi gangguan rasa nyaman nyeri rasionalnya menurunkan reaksi terhadap stimulus, memberikan posisi duduk yang nyaman rasionalnya merileksasikan tubuh dan mengurangi gangguan rasa nyaman nyeri yang dialami, dan memonitor tanda- tanda vital rasionalnya nyeri yang berkelanjutan dapat meningkatkan tanda-tanda vital . Peneliti mengambil *message back efflurage* sebagai prioritas dalam manajemen gangguan rasa nyaman nyeri.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien dilakukan selama satu hari setiap 1 jam sekali berturut-turut dan data yang didapatkan pada hari pertama jam 08.00 didapatkan k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, tampak menahan sakit. Skala 6 TD : 140/90 mmHg N : 112 x/menit S : 37,0 °C RR : 24 x/menit, dan pada jam 09.00 WIB didapatkan : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, tampak menahan sakit. Mengalami peningkatan nyeri setiap adanya dilatasi serviks dengan skala 8 TD : 130/80 mmHg N : 102 x/menit S : 36,8 °C RR : 22x/menit dan pada jam 10.00 WIB didapatkan data k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, tampak menahan sakit. Skala 10 TD : 120/80mm Hg N : 99x/menit S : 36,7 °C RR : 20x/menit. Evaluasi ini selaras dengan penelitian (Sadat *et al.*,2016) penelitian yang berjudul'' *The impact of manual massage on intensity and duration of pain at first phase of labor in primigravid women*'' . Penelitian (Sadat *et al.*, 2016) menyebutkan dengan adanya durasi dan intensitas peningkatan skala nyeri saat proses dilatasi serviks .

Menurut M. Alfian Rajab Kb (2018), sebab gangguan rasa nyaman nyeri merupakan hal yang banyak dialami dan gangguan rasa nyaman nyeri yang semakin meningkat

Nyeri disebabkan oleh kontraksi uterus dan dilatasi serviks dengan seiring bertambahnya intensitas dan frekuensi kontraksi uterus nyeri yang dirasakan akan bertambah kuat, puncak nyeri terjadi pada fase aktif dimana pembukaan lengkap sampai 10 cm dan berlangsung sekitar 4,6 jam untuk primipara dan 2,4 jam untuk multipara. Respon klien terhadap nyeri seringkali berada dalam konteks norma sosial, budaya, dan spiritual sehingga klien perlu didorong untuk dapat melaporkan rasa ketidaknyamanan yaitu gangguan rasa nyaman nyeri kepada perawat, (Reeder, Martin & Koniak-Griffin, 2012).

Menurut pendapat peneliti implementasi keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan asuhan keperawatan maternitas. Implementasi secara umum sudah dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan. Asuhan keperawatan pada Ny. N difokuskan pada pemberian terapi nonfarmakologis *message back efflurage* serta posisi yang nyaman. Implementasi yang dilakukan perawat adalah memberikan terapi back efflurage dapat mengurangi nyeri persalinan kala 1 sehingga memposisikan nyaman pada klien terutama primigrvida. Evaluasi keperawatan pada klien menunjukkan hasil perkembangan yang signifikan, karena kerjasama antar perawat dan tenaga medis yang merawat klien. Hal ini ditunjukkan dengan respon nyaman klien ketika dilatasi serviks semakin bertambah tingkat nyeri dan semakin diterapkannya *message back efflurage* dalam menstabilkan kondisi gangguan rasa nyaman nyeri.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami persalinan kala 1 dengan masalah gangguan rasa nyaman nyeri di ruang Drupadi VK RSUD Jombang, penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan pada laporan studi kasus sebagai berikut : Berdasarkan data yang diperoleh pada saat penelitian adalah sebagai berikut:

1. Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. N dalam catatan perkembangan selama satu hari dan setiap satu jam sekali sudah mengalami perkembangan dalam segi keadaan dan penurunan tingkat skala nyeri telah didapatkan bahwa klien mengalami Nyeri Persalinan Kala 1.
2. Setelah di Analisa data yang telah disesuaikan dengan keadaan klien yang mengalami gangguan kenyamanan sehingga mendapatkan hasil diagnosa keperawatan pada klien persalinan kala 1 adalah Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks.
3. Intervensi keperawatan pada klien persalinan kala 1 dengan masalah gangguan rasa nyaman nyeri yang dilakukan adalah manajemen nyeri yaitu memonitor tanda-tanda vital, memonitor kenyamanan klien, kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian terapi farmakologi dan melakukan terapi nonfarmakologi seperti terapi pijat *message efflurage*.

4. Implementasi pada klien persalinan kala 1 dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri telah dilakukan sesuai tindakan yang telah direncanakan dan dilakukan secara menyeluruh.
5. Evaluasi pada klien yang mengalami persalinan normal kala 1 dengan masalah gangguan rasa nyaman nyeri didapatkan bahwa nyeri yang dirasakan klien yang awalnya skala nyeri 6 dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari dan setiap 1 jam sekali skala nyeri meningkat 8 pada pukul 09.00 WIB dan mengalami peningkatan nyeri 10 pada pukul 10.00 WIB dan *message back efflurage* diberikan sehingga mestabilkan posisi kenyamanan.

5.2 Saran

1. Bagi klien dan keluarga

Memberikan Health Educatiaon (HE) dengan mendemonstrasikan terapi *message back efflurage* kepada ibu dan keluarga untuk mengatasi nyeri khususnya pada persalinan normal primigravida dan juga keluarganya sehingga dapat meminimalisir terjadinya nyeri persalinan normal kala 1.

2. Bagi perawat

Penelitian ini bisa menjadi motivasi dalam melakukan asuhan keperawatan dan peningkatan pelayanan pada klien dengan masalah nyeri persalinan kala 1 dengan cara mengajarkan tehknik terapi pijat *message efflurage* dalam mengurangi nyeri persalinan dan di harapkan keluarga klien dapat menerapkan dengan benar.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Mengingat adanya keterbatasan dalam studi kasus ini peneliti mengambil studi kasus persalinan kala 1 dengan diagnosa priotas gangguan rasa nyaman nyeri b/d dilatasi serviks, maka diharapkan peneliti selanjutnya dapat lebih menyempurnakan studi kasus dengan diagnosa ke dua ansietas b/d kurangnya pengetahuan dan diagnosa ke tiga risiko infeksi b/d perdarahan.



DAFTAR PUSTAKA

- Ayni et al., 2021. (2021). *Karya ilmiah akhir ners*.
- Ayu Putri, F. (2019). *Oleh : Firyunda Ayu Putri*. 8. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/393/1/Untitled.pdf>
- Fathia, N. A., Studi, P., Keperawatan, D., Aisyiyah, S., Kunci, K., *Effleurage*, T. M., & Kala, I. (2023). Penerapan *Massage Effleurage* Pada Ibu Kala 1 Persalinan Dengan Masalah Nyeri Latar Belakang: Nyeri persalinan mengakibatkan timbulnya perubahan fungsi berbagai organ tubuh yang menentukan lancarnya proses persalinan . *Massage Effleurage* adalah terapi PEN. *Jurnal Aisyiyah Palembang*, 8, 85–92.
- Fitriahadi. (2019). Buku Ajar Asuhan Persalinan & Managemen Nyeri Persalinan. *Universitas Aisyiyah Yogyakarta*, 284 hlm.
- Indah Ayu Lestari, S. K. (2021). Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Terapi Back Effleurage Massage Untuk Menurunkan Nyeri Melahirkan Pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif Di Ruang Anisa Rs Pku Muhammadiyah Gombong. *Frontiers in Neuroscience*, 14(1), 1–13.
- Jahriani, N. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Normal Di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara Tahun 2021. *Jurnal GENTLE BIRTH*, 5(1), 1–7.
- Lestari, M. D. (2018). Asuhan Keperawatan Persalinan Spontan Dengan Fokus Studi Nyeri Persalinan Kala 1 Di Puskesmas 1 Kembaran Kabupaten Banyumas. *Energies*, 6(1), 1–8. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
- Rinata. (2018). Nyeri persalinan pada kelahiran spontan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 10–27.
- Sadat, Z., Bonjar, H., 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. *Researchgate.Net*, October, 16–18. https://www.researchgate.net/profile/Zohreh-Hashemi-Bonjar/publication/310621074_The_impact_of_manual_massage_on_intensity_and_duration_of_pain_at_first_phase_of_labor_in_primigravid_women/links/583423ef08ae138f1c0c226a/The-impact-of-manual-massage-on-int
- Suriani, S., Nurani, E., & Siagian, N. A. (2019). Pengaruh Teknik Massage Back-Effleurage Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri Persalinan Kala I Di Klinik Bersalin Kurnia Kecamatan Delitua Kabupaten Deli Serdang. *Jurnal Penelitian Keperawatan Medik*, 2(1), 24–29. <https://doi.org/10.36656/jpkm.v2i1.203>
- Vebyola, Y. (2019). Efektifitas Massage Effleurage Terhadap Penurunan Nyeri Kala 1 Pada Ibu Bersalin. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local*., 88.

Veronica, S. Y., & Oliana, F. (2022). Pengaruh Massage Effleurage Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Primer pada Remaja Putri di IAI Agus Salim Metro Lampung. *Journal of Current Health Sciences*, 2(1), 19–24. <https://doi.org/10.47679/jchs.202232>

Zahroh, N. F. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Ibu Masa Nifas Ny. S di Wilayah Kerja Puskesmas Playen II*. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/6117/>



ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN KALA 1 (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang)

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

19%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

11%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	6%
2	elearning.medistra.ac.id Internet Source	3%
3	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	2%
4	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	1%
5	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
6	repository.stikesdrsoebandi.ac.id Internet Source	1%
7	docplayer.info Internet Source	1%
8	Submitted to Universitas Sumatera Utara Student Paper	<1%
9	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1%

10	repository.unism.ac.id Internet Source	<1 %
11	etd.repository.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
12	journal.ipm2kpe.or.id Internet Source	<1 %
13	stikesmu-sidrap.e-journal.id Internet Source	<1 %
14	core.ac.uk Internet Source	<1 %
15	putrimardiasuti18.wordpress.com Internet Source	<1 %
16	www.scribd.com Internet Source	<1 %
17	yudiayutz.wordpress.com Internet Source	<1 %
18	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
19	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
20	123dok.com Internet Source	<1 %
21	mantrikemad.blogspot.com Internet Source	<1 %

<1 %

22

repository.stikeshangtuah-sby.ac.id

Internet Source

<1 %

23

repository.ucb.ac.id

Internet Source

<1 %

24

lujeng9.blogspot.com

Internet Source

<1 %

25

repository.stikeselisabethmedan.ac.id

Internet Source

<1 %

26

eprintslib.ummgl.ac.id

Internet Source

<1 %

27

perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id

Internet Source

<1 %

28

eprints.kertacendekia.ac.id

Internet Source

<1 %

29

idoc.pub

Internet Source

<1 %

30

creasoft.wordpress.com

Internet Source

<1 %

31

eprints.umpo.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU BERSALIN KALA 1 (Di Ruang Drupadi VK RSUD Jombang)

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

GENERAL COMMENTS

/0

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46
