BAB II
TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit

1. Konsep Teori Nyeri Akut

a. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau fungsional. Nyeri ini dapat terjadi secara tiba-tiba maupun bertahap dengan intensitas yang bervariasi, mulai dari ringan hingga berat.

Nyeri akut berfungsi sebagai mekanisme pertahanan tubuh yang memberikan peringatan terhadap adanya cedera, peradangan, atau gangguan pada jaringan sehingga individu dapat segera mengenali dan merespons kondisi tersebut.

Nyeri akut umumnya berlangsung dalam waktu yang relatif singkat, yaitu kurang dari tiga bulan, dan biasanya akan berkurang atau menghilang setelah penyebab yang mendasarinya teratasi. Respons yang ditimbulkan dapat berupa perubahan fisiologis, perilaku, maupun emosional, seperti ekspresi meringis, gelisah, sulit beristirahat, peningkatan frekuensi nadi, serta peningkatan tekanan darah. Tingkat keparahan nyeri yang dirasakan setiap individu dapat berbeda-beda tergantung pada penyebab, lokasi, dan kemampuan masing-masing individu dalam mempersepsikan nyeri (*Indonesian Pain Society*, 2017).

b. Etiologi

Menurut *Indonesian Pain Society* (2017), nyeri akut dapat disebabkan oleh agen pencedera fisiologis, agen pencedera fisik, dan agen pencedera kimiawi yang mengakibatkan kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Kerusakan jaringan tersebut akan merangsang reseptor nyeri (*nosiseptor*) sehingga menghasilkan impuls yang diteruskan melalui sistem saraf ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri.

1) Agen pencedera fisiologis

Merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan nyeri akut. Kondisi ini dapat berupa proses inflamasi, iskemia jaringan, spasme otot, distensi organ, maupun berbagai gangguan fisiologis lainnya yang menyebabkan kerusakan atau gangguan fungsi jaringan. Pada

ibu hamil trimester III, nyeri punggung termasuk dalam kelompok agen pencedera fisiologis yang terjadi akibat pembesaran uterus, peningkatan berat badan, perubahan postur tubuh, serta peregangan otot dan ligamen yang berlebihan selama kehamilan.

2) Agen pencedera fisik

Meliputi trauma atau cedera yang disebabkan oleh benturan, tekanan, luka, tindakan pembedahan, suhu ekstrem, maupun aktivitas yang menyebabkan kerusakan jaringan. Kerusakan tersebut memicu pelepasan mediator inflamasi yang akan mengaktifkan nosiseptor dan menimbulkan sensasi nyeri. Intensitas nyeri yang dirasakan dapat berbeda-beda tergantung pada tingkat kerusakan jaringan yang terjadi.

3) Agen pencedera kimiawi

Terjadi akibat paparan zat-zat tertentu yang dapat menyebabkan iritasi atau kerusakan jaringan, seperti zat kimia, toksin, maupun mediator inflamasi yang dilepaskan tubuh saat terjadi cedera atau infeksi. Zat-zat tersebut dapat meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri sehingga rangsangan yang diterima menjadi lebih kuat dan menimbulkan sensasi nyeri yang lebih nyata.

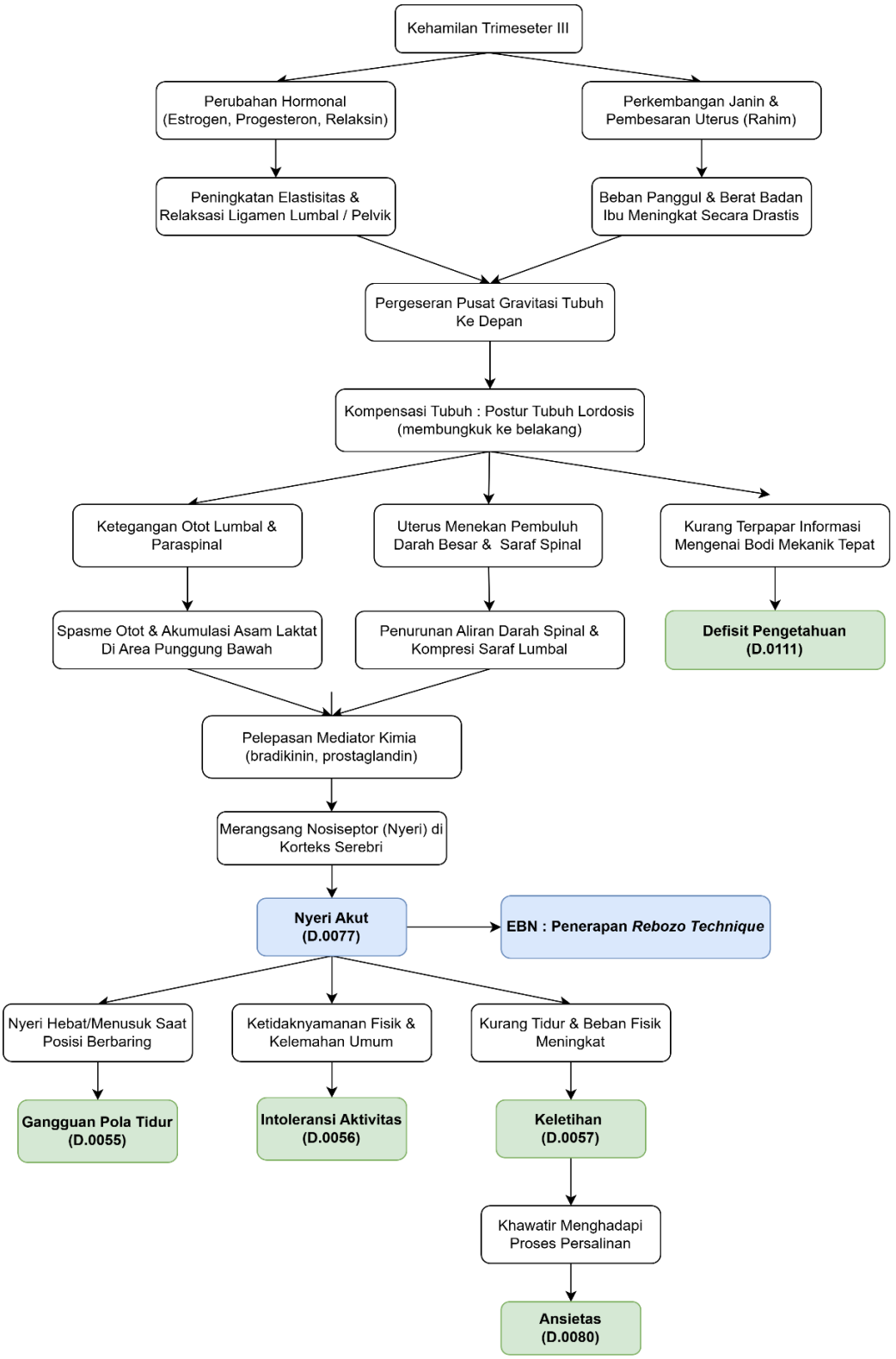
Dengan demikian, nyeri akut merupakan respons tubuh terhadap berbagai bentuk cedera atau kerusakan jaringan yang dapat berasal dari faktor fisiologis, fisik, maupun kimiawi. Pada ibu hamil trimester III, nyeri akut yang muncul umumnya berkaitan dengan perubahan fisiologis kehamilan yang menyebabkan peningkatan beban pada sistem muskuloskeletal, terutama pada daerah punggung bawah (*Indonesian Pain Society*, 2017).

c. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis nyeri akut dapat berbeda pada setiap individu, tergantung pada penyebab, lokasi, dan tingkat keparahan nyeri yang dialami. Secara umum, individu yang mengalami nyeri akut akan mengeluhkan adanya rasa nyeri yang muncul secara tiba-tiba atau bertahap dengan intensitas yang bervariasi, mulai dari ringan hingga berat. Rasa nyeri tersebut dapat menimbulkan ketidaknyamanan sehingga memengaruhi aktivitas dan fungsi tubuh sehari-hari.

Selain keluhan nyeri, individu juga dapat menunjukkan berbagai respons fisik dan perilaku sebagai akibat dari rasa nyeri yang dirasakan. Respons tersebut meliputi ekspresi wajah meringis, sikap protektif dengan membatasi atau menghindari gerakan pada area yang nyeri, serta perasaan gelisah akibat ketidaknyamanan yang dialami. Nyeri akut juga dapat menimbulkan perubahan fisiologis berupa peningkatan frekuensi nadi, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan sebagai respons aktivasi sistem saraf simpatis. Pada beberapa kasus, nyeri yang berkelanjutan dapat mengganggu pola tidur, menurunkan nafsu makan, serta menyebabkan kesulitan berkonsentrasi sehingga berdampak pada kualitas hidup individu (*Indonesian Pain Society*, 2017).

d. Pathway



Sumber: Dimodifikasi dari Marmi (2017)

e. Patofisiologi

Menurut PPNI (2017), pada kehamilan trimester III terjadi perubahan fisiologis berupa peningkatan hormon estrogen, progesteron, dan relaksin yang menyebabkan relaksasi ligamen lumbal dan pelvis, disertai pembesaran uterus akibat pertumbuhan janin yang meningkatkan beban panggul dan berat badan ibu. Kondisi tersebut menggeser pusat gravitasi tubuh ke arah depan sehingga tubuh melakukan kompensasi dengan meningkatkan kurvatura lumbal (lordosis) untuk mempertahankan keseimbangan.

Perubahan postur ini meningkatkan ketegangan pada otot lumbal dan paraspinal, menyebabkan spasme otot serta akumulasi asam laktat di daerah punggung bawah. Selain itu, pembesaran uterus juga menekan pembuluh darah besar dan saraf spinal sehingga terjadi penurunan aliran darah pada jaringan sekitar serta kompresi saraf lumbal. Ketegangan otot, iskemia jaringan, dan kompresi saraf tersebut memicu pelepasan mediator kimia, seperti bradikinin dan prostaglandin, yang mengaktivasi nosiseptor sehingga impuls nyeri diteruskan ke sistem saraf pusat hingga mencapai korteks serebri dan dipersepsikan sebagai nyeri akut.

Kondisi tersebut sesuai dengan diagnosis keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis akibat perubahan fisiologis selama kehamilan. Nyeri yang dirasakan ibu dapat menimbulkan berbagai dampak, seperti ketidaknyamanan saat beristirahat, nyeri saat bergerak atau beraktivitas, penurunan kualitas tidur, keterbatasan aktivitas fisik, serta meningkatnya kelelahan. Kondisi tersebut dapat berkembang menjadi masalah keperawatan lain, yaitu gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, kelelahan, dan ansietas akibat kekhawatiran menghadapi proses persalinan. Selain itu, kurangnya informasi mengenai mekanika tubuh yang benar selama kehamilan dapat menyebabkan defisit pengetahuan sehingga ibu tetap mempertahankan postur tubuh yang kurang tepat dan memperberat keluhan nyeri (*Indonesian Pain Society*, 2017).

f. Klasifikasi

Menurut *Indonesian Pain Society* (2017), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan

jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berlangsung kurang dari tiga bulan. Dalam praktik keperawatan, nyeri akut dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat intensitas nyeri yang dirasakan pasien, yaitu:

1) Nyeri Ringan

Nyeri ringan merupakan nyeri dengan intensitas rendah yang umumnya berada pada rentang skala 1–3 dari skala nyeri numerik 0–10. Pada kondisi ini klienmasih mampu berkomunikasi dengan baik dan melakukan aktivitas sehari-hari meskipun merasakan ketidaknyamanan. Nyeri ringan biasanya hanya menimbulkan gangguan minimal terhadap aktivitas, pola tidur, maupun konsentrasi.

2) Nyeri Sedang

Nyeri sedang merupakan nyeri dengan intensitas sedang yang berada pada rentang skala 4–6. Klienmulai mengalami gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena rasa nyeri yang dirasakan semakin jelas. Pada kondisi ini kliendapat menunjukkan ekspresi wajah yang menandakan ketidaknyamanan, seperti meringis, tampak gelisah, dan kesulitan berkonsentrasi. Nyeri sedang juga dapat memengaruhi kualitas tidur dan menurunkan kemampuan melakukan aktivitas tertentu.

3) Nyeri Berat

Nyeri berat merupakan nyeri dengan intensitas tinggi yang berada pada rentang skala 7–10. Nyeri dirasakan sangat mengganggu sehingga kliensulit melakukan aktivitas sehari-hari. Kliendapat tampak sangat gelisah, sering mengeluh nyeri, sulit beristirahat, mengalami gangguan tidur, dan menunjukkan respons fisiologis seperti peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, serta frekuensi pernapasan. Pada kondisi tertentu, nyeri berat dapat memengaruhi kondisi psikologis kliendan memerlukan penanganan segera.

4) Nyeri Akut Berdasarkan Awitan

Nyeri akut dapat muncul secara tiba-tiba maupun bertahap sebagai respons terhadap adanya kerusakan jaringan. Nyeri yang muncul secara tiba-tiba biasanya memiliki intensitas yang lebih tinggi dan sering disertai respons fisiologis yang jelas, sedangkan nyeri yang

muncul secara bertahap cenderung meningkat seiring berjalannya waktu hingga mencapai puncak intensitas tertentu.

5) Nyeri Akut Berdasarkan Durasi

Nyeri akut berlangsung dalam waktu yang relatif singkat, umumnya kurang dari tiga bulan. Nyeri ini akan berangsur berkurang atau menghilang apabila penyebab yang mendasarinya telah teratasi. Oleh karena itu, nyeri akut sering dianggap sebagai mekanisme perlindungan tubuh terhadap kerusakan jaringan.

g. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut PPNI (2017), Pemeriksaan diagnostik pada nyeri akut bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab, lokasi, intensitas, dan dampak nyeri terhadap kondisi fisiologis pasien. Pemeriksaan ini meliputi pengkajian skala nyeri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

1) Pengkajian Skala Nyeri

Pengkajian skala nyeri merupakan langkah awal dan paling penting dalam menegakkan diagnosis nyeri akut. Data subjektif utama yang harus dikaji adalah keluhan nyeri dari klienitu sendiri, yang merupakan tanda mayor diagnosis nyeri akut.

Beberapa instrumen pengkajian skala nyeri yang digunakan secara klinis antara lain:

a) *Numeric Rating Scale* (NRS)

Pengukuran intensitas nyeri pada kliendewasa, termasuk ibu hamil, dapat dilakukan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). NRS merupakan instrumen penilaian nyeri yang sederhana, valid, dan reliabel dengan menggunakan skala numerik 0 hingga 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Pada saat pengukuran, perawat menjelaskan terlebih dahulu tujuan penilaian nyeri, kemudian meminta klienmemilih satu angka yang paling sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan saat itu. Skor 0 menunjukkan tidak ada nyeri, sedangkan skor 10 menunjukkan nyeri paling hebat yang dapat dibayangkan. Hasil penilaian kemudian dicatat sebagai dasar dalam menentukan intervensi keperawatan dan mengevaluasi efektivitas tindakan yang telah

diberikan. Secara umum, skor 1–3 dikategorikan sebagai nyeri ringan, skor 4–6 sebagai nyeri sedang, dan skor 7–10 sebagai nyeri berat.

b) *Visual Analog Scale* (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) merupakan salah satu instrumen yang sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri pada kliendewasa yang mampu berkomunikasi dengan baik. VAS berupa garis horizontal atau vertikal sepanjang 10 cm, dengan ujung kiri menunjukkan "tidak ada nyeri" dan ujung kanan menunjukkan "nyeri yang sangat hebat atau nyeri yang tidak tertahankan". Kliendiminta memberikan tanda pada satu titik di sepanjang garis yang paling menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan saat itu. Selanjutnya, tenaga kesehatan mengukur jarak dari titik "tidak ada nyeri" hingga tanda yang diberikan klienmenggunakan penggaris. Hasil pengukuran dinyatakan dalam satuan sentimeter atau milimeter, kemudian diinterpretasikan sebagai tingkat intensitas nyeri. Semakin besar nilai yang diperoleh, semakin tinggi intensitas nyeri yang dirasakan pasien. VAS banyak digunakan dalam praktik klinis maupun penelitian karena memiliki tingkat validitas dan reliabilitas yang baik serta sensitif dalam mendeteksi perubahan intensitas nyeri setelah pemberian intervensi. Secara umum, hasil pengukuran VAS dapat diinterpretasikan sebagai berikut: skor 0 cm menunjukkan tidak ada nyeri, skor 1–3 cm menunjukkan nyeri ringan, skor 4–6 cm menunjukkan nyeri sedang, dan skor 7–10 cm menunjukkan nyeri berat. Pengukuran ini dapat dilakukan sebelum dan sesudah intervensi untuk mengevaluasi efektivitas terapi dalam menurunkan intensitas nyeri.

c) *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBS) merupakan instrumen penilaian nyeri yang menggunakan gambar ekspresi wajah untuk membantu klien menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Skala ini terdiri atas enam gambar wajah dengan skor 0, 2, 4, 6, 8, dan 10, yang menggambarkan kondisi mulai dari tidak nyeri hingga nyeri yang sangat hebat. Kliendiminta mengamati setiap gambar

kemudian memilih wajah yang paling sesuai dengan nyeri yang dirasakan saat itu. Pemilihan wajah tersebut selanjutnya dikonversikan ke dalam skor numerik untuk menentukan tingkat intensitas nyeri. Instrumen ini mudah digunakan, terutama pada anak-anak, lansia, kliendengan keterbatasan komunikasi, atau klienyang mengalami kesulitan dalam menggunakan skala numerik. Selain itu, *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale* memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam mengukur intensitas nyeri pada berbagai kelompok pasien. Secara umum, interpretasi skala Wong-Baker adalah sebagai berikut: skor 0 menunjukkan tidak ada nyeri, skor 2 menunjukkan nyeri ringan, skor 4–6 menunjukkan nyeri sedang, sedangkan skor 8–10 menunjukkan nyeri berat. Instrumen ini dapat digunakan sebelum dan sesudah pemberian intervensi untuk mengevaluasi perubahan intensitas nyeri serta efektivitas tindakan yang telah dilakukan.

d) PQRST

Pengkajian nyeri secara komprehensif menggunakan format PQRST:

a) P *(Provoking/Palliating)* : faktor yang memperberat atau memperingan nyeri
b) Q *(Quality)* : kualitas nyeri (tertusuk, terbakar, tertekan, dll.
c) R *(Region/Radiation)* : lokasi dan penyebaran nyeri
d) S *(Severity/Scale)* : skala intensitas nyeri
e) T *(Timing)* : waktu, durasi, dan frekuensi nyeri

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengidentifikasi respons fisiologis tubuh terhadap nyeri akut. Nyeri akut ditandai secara objektif dengan adanya ekspresi meringis, gelisah, sikap protektif, peningkatan frekuensi nadi, perubahan tekanan darah, dan diaforesis. Adapun pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi:

a) Tanda-tanda vital : Tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu tubuh
b) Inspeksi : Ekspresi wajah meringis, sikap tubuh protektif, gelisah
c) Palpasi : Area nyeri tekan sesuai lokasi keluhan
d) Auskultasi : Bunyi jantung dan suara napas (jika nyeri berhubungan dengan gangguan kardiorespirasi)

3) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab yang mendasari terjadinya nyeri akut. Jenis pemeriksaan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Kondisi klinis yang terkait nyeri akut antara lain sindrom koroner akut, kondisi pembedahan, infeksi, cedera traumatis, dan glaukoma, sehingga pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan.

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Elektrokardiogram (EKG)

EKG dilakukan pada kliendengan nyeri dada akut untuk mendeteksi kelainan konduksi jantung, iskemia miokard, atau infark. Perubahan pada segmen ST dan gelombang T merupakan temuan khas pada kondisi ini.

b) Foto *Rontgen (X-Ray)*

Foto *rontgen* dilakukan untuk mengevaluasi kondisi tulang, sendi, dan organ toraks yang berkaitan dengan sumber nyeri, seperti fraktur, dislokasi, atau pneumonia.

c) USG (*Ultrasonografi*)

USG diindikasikan untuk menilai organ intraabdomen pada nyeri abdomen akut, seperti apendisitis, kolesistitis, atau batu ginjal/ureter.

d) *CT Scan* / MRI

CT Scan dan MRI diindikasikan untuk nyeri yang diduga melibatkan sistem saraf pusat, herniasi diskus, atau massa intrakranial.

5) Kondisi Klinis Terkait Nyeri Akut

Menurut *Indonesian Pain Society* (2017), kondisi klinis yang berhubungan dengan diagnosis nyeri akut adalah:

a) Sindrom Koroner Akut
b) Kondisi Pembedahan
c) Cedera Traumatis
d) Infeksi
e) Glaukoma

h. Penatalaksanaan

Menurut *Indonesian Pain Society* (2017), penatalaksanaan nyeri dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis dengan mempertimbangkan penyebab nyeri, tingkat keparahan, kondisi klinis pasien, serta karakteristik individu. Pada ibu hamil, pemilihan terapi harus mempertimbangkan keamanan ibu dan janin sehingga intervensi nonfarmakologis lebih diutamakan sebagai terapi awal.

1) Penatalaksanaan Farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis dilakukan melalui pemberian obat analgesik sesuai tingkat keparahan nyeri. Pada ibu hamil, penggunaan analgesik harus memperhatikan usia kehamilan, manfaat, dan risiko terhadap janin. Parasetamol merupakan analgesik pilihan pertama karena memiliki profil keamanan yang lebih baik apabila digunakan sesuai dosis terapi. Sebaliknya, penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) sebaiknya dihindari terutama pada trimester ketiga karena dapat menyebabkan penutupan dini duktus arteriosus, oligohidramnion, dan gangguan fungsi ginjal janin. Analgesik golongan opioid hanya digunakan pada kondisi nyeri sedang hingga berat dengan indikasi yang jelas dan pengawasan ketat karena berisiko menimbulkan depresi pernapasan pada neonatus apabila digunakan menjelang persalinan.

2) Penatalaksanaan Nonfarmakologis

Penatalaksanaan nonfarmakologis merupakan bagian penting dalam pengelolaan nyeri akut karena relatif aman, mudah dilakukan, ekonomis, dan memiliki efek samping yang minimal. Intervensi ini

bertujuan menurunkan persepsi nyeri melalui mekanisme fisiologis maupun psikologis sehingga dapat meningkatkan kenyamanan pasien. Berbagai metode yang dapat digunakan meliputi teknik relaksasi napas dalam, distraksi, terapi musik, *guided imagery*, kompres hangat atau dingin, pijat (*massage*), akupresur, latihan peregangan (*stretching*), perubahan posisi, yoga prenatal, penggunaan *birth ball*, serta terapi komplementer seperti teknik Rebozo

2. Konsep Teori Kehamilan Trimester III

a. Definisi Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III merupakan periode akhir kehamilan yang berlangsung sejak usia kehamilan 28 minggu hingga 40 minggu atau sampai terjadinya persalinan. Pada tahap ini, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, terutama dalam peningkatan berat badan, pematangan organ tubuh, dan penyempurnaan fungsi sistem tubuh untuk menunjang kehidupan di luar rahim. Selain itu, ibu hamil mulai mempersiapkan diri secara fisik maupun psikologis dalam menghadapi proses persalinan dan kelahiran bayi.

Selama trimester III, ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis sebagai bentuk adaptasi terhadap pembesaran uterus dan perkembangan janin yang semakin besar. Perubahan tersebut dapat menimbulkan berbagai ketidaknyamanan, seperti nyeri punggung, sering berkemih, sesak napas, edema pada ekstremitas bawah, dan gangguan tidur. Keluhan-keluhan tersebut umumnya terjadi akibat perubahan postur tubuh, peningkatan berat badan, serta pergeseran pusat gravitasi tubuh yang semakin nyata pada akhir masa kehamilan (Ridhatullah & Afiah, 2022).

b. Anatomi Fisiologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Pada trimester III, uterus mengalami pembesaran yang sangat signifikan seiring dengan pertumbuhan janin. Fundus uteri mencapai pz pada usia kehamilan sekitar 36 minggu dan kemudian sedikit menurun menjelang persalinan akibat masuknya kepala janin ke

rongga panggul. Serviks menjadi lebih lunak dan vaskular akibat pengaruh hormon kehamilan, sedangkan peningkatan aliran darah ke organ reproduksi menyebabkan warna vagina dan serviks tampak lebih kebiruan. Selain itu, produksi sekret vagina meningkat sebagai mekanisme perlindungan terhadap infeksi selama kehamilan (Walyani, 2021).

2) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan pada sistem muskuloskeletal ditandai dengan pergeseran pusat gravitasi tubuh ke arah depan akibat pembesaran uterus dan peningkatan berat badan ibu. Kondisi ini menyebabkan peningkatan lengkung lumbal (*lordosis*) sehingga otot punggung bekerja lebih keras untuk mempertahankan keseimbangan tubuh. Selain itu, hormon relaksin menyebabkan pelunakan ligamen dan sendi panggul sebagai persiapan persalinan, namun perubahan tersebut juga dapat menimbulkan ketidaknyamanan berupa nyeri punggung bawah, nyeri panggul, dan kelelahan otot (Romauli, 2018).

3) Sistem Kardiovaskular

Pada trimester III terjadi peningkatan volume darah sekitar 40–50% dibandingkan sebelum hamil untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Curah jantung meningkat sehingga jantung bekerja lebih keras dalam memompa darah. Pembesaran uterus juga dapat menekan vena kava inferior ketika ibu berbaring terlentang, yang dapat menyebabkan penurunan aliran balik vena dan menimbulkan keluhan pusing, lemas, atau hipotensi supinasi (Walyani, 2021).

4) Sistem Pernapasan

Pembesaran uterus mendorong diafragma ke atas sehingga ruang ekspansi paru menjadi lebih terbatas. Akibatnya, ibu hamil sering merasakan sesak napas ringan, terutama saat melakukan aktivitas fisik. Meskipun demikian, kebutuhan oksigen meningkat selama kehamilan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme ibu dan janin, sehingga frekuensi serta kedalaman pernapasan cenderung meningkat (Romauli, 2018).

5) Sistem Perkemihan

Pada trimester III, uterus yang semakin membesar memberikan tekanan pada kandung kemih sehingga kapasitas kandung kemih berkurang. Kondisi ini menyebabkan ibu hamil lebih sering berkemih, terutama pada malam hari. Selain itu, peningkatan aliran darah ke ginjal dan laju filtrasi glomerulus selama kehamilan turut meningkatkan produksi urine. Keluhan sering berkemih merupakan salah satu ketidaknyamanan yang paling umum dialami ibu hamil pada trimester III (Walyani, 2021).

c. Pertumbuhan Dan Perkembangan Janin Trimester III

Menurut Walyani (2021), pertumbuhan dan perkembangan janin pada trimester III meliputi:

1) Usia kehamilan 28–31 minggu
   a) Janin mengalami peningkatan berat badan yang cukup pesat.
   b) Mata janin sudah dapat membuka dan menutup.
   c) Sistem saraf pusat semakin berkembang.
   d) Gerakan janin semakin aktif dan kuat dirasakan oleh ibu.
2) Usia kehamilan 32–35 minggu
   a) Pertumbuhan lemak di bawah kulit semakin meningkat.
   b) Tulang janin berkembang dengan baik, meskipun masih lunak dan fleksibel.
   c) Paru-paru semakin matang sebagai persiapan untuk bernapas setelah lahir.
   d) Sebagian besar janin mulai berada pada posisi kepala di bawah.
3) Usia kehamilan 36–40 minggu
   a) Berat badan dan panjang badan janin mencapai ukuran optimal.
   b) Organ-organ tubuh telah matang dan siap berfungsi di luar rahim.
   c) Ruang gerak janin semakin terbatas karena ukuran tubuh yang semakin besar.
   d) Janin berada dalam posisi siap lahir dan menunggu proses persalinan.

Walyani (2021) menjelaskan bahwa pada akhir trimester III, janin umumnya telah mencapai kematangan fisik dan fungsional sehingga mampu beradaptasi dengan kehidupan di luar rahim. Oleh karena itu, usia

kehamilan 37–40 minggu disebut sebagai masa cukup bulan dan merupakan waktu yang paling optimal untuk kelahiran.

d. Ketidaknyamanan yang terjadi pada trimester III

Menurut Walyani (2021), ibu hamil trimester III sering mengalami berbagai ketidaknyamanan akibat perubahan fisiologis dan anatomis yang terjadi selama kehamilan. Ketidaknyamanan tersebut meliputi:

1) Nyeri Akut (Nyeri Punggung)

Nyeri akut merupakan salah satu ketidaknyamanan yang paling sering dialami oleh ibu hamil pada trimester III. Bentuk nyeri akut yang paling banyak dijumpai adalah nyeri punggung bawah (*low back pain*), yaitu nyeri yang dirasakan pada daerah lumbal hingga sakroiliaka akibat perubahan fisiologis, hormonal, dan biomekanik selama kehamilan. Seiring bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus dan peningkatan berat badan ibu maupun janin menyebabkan pusat gravitasi tubuh bergeser ke arah depan sehingga terjadi peningkatan kurva lumbal (*lumbar lordosis*). Selain itu, peningkatan hormon relaksin mengakibatkan ligamen dan sendi panggul menjadi lebih longgar sehingga stabilitas panggul menurun dan beban pada otot serta ligamen punggung meningkat. Kondisi tersebut menyebabkan ibu hamil merasakan nyeri yang umumnya bersifat pegal, tertarik, atau menusuk pada daerah punggung bawah. Nyeri biasanya bertambah saat berdiri dalam waktu lama, berjalan, membungkuk, mengangkat beban, atau mengubah posisi tubuh, serta dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, kualitas tidur, dan kenyamanan ibu selama kehamilan (Handayani, 2025).

2) Sering Berkemih

Sering berkemih terjadi karena pembesaran uterus yang memberikan tekanan pada kandung kemih sehingga kapasitas kandung kemih berkurang. Akibatnya, ibu hamil merasakan dorongan untuk berkemih lebih sering, terutama pada malam hari.

3) Edema

Edema atau pembengkakan umumnya terjadi pada ekstremitas bawah, terutama pada kaki dan pergelangan kaki. Kondisi ini disebabkan oleh peningkatan retensi cairan selama kehamilan dan

tekanan uterus terhadap pembuluh darah vena yang menghambat aliran balik darah dari tungkai ke jantung.

4) Kram Kaki

Kram kaki sering terjadi pada malam hari dan biasanya dirasakan pada otot betis. Keluhan ini dapat disebabkan oleh perubahan sirkulasi darah, tekanan uterus pada saraf dan pembuluh darah, serta meningkatnya kebutuhan mineral selama kehamilan.

5) Gangguan Tidur

Gangguan tidur sering dialami ibu hamil trimester III akibat ukuran abdomen yang semakin besar, sering berkemih pada malam hari, nyeri punggung, serta kecemasan menjelang persalinan. Kondisi ini dapat menyebabkan kualitas dan durasi tidur ibu menjadi berkurang.

e. Kebutuhan Istirahat dan Tidur Pada Ibu Hamil

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang penting selama kehamilan untuk mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis ibu serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Selama kehamilan, terutama pada trimester III, kebutuhan istirahat meningkat karena adanya perubahan hormonal, peningkatan metabolisme, dan bertambahnya berat badan yang menyebabkan ibu lebih mudah merasa lelah. Ibu hamil dianjurkan memperoleh waktu tidur sekitar 7–9 jam pada malam hari dan dapat disertai istirahat atau tidur siang sesuai kebutuhan untuk membantu memulihkan energi (Lowdermilk et al., 2024).

Memasuki trimester III, kualitas tidur sering mengalami penurunan akibat pembesaran uterus, peningkatan frekuensi berkemih, nyeri punggung bawah, kram tungkai, sesak napas, serta gerakan janin yang semakin aktif. Kondisi tersebut dapat menyebabkan ibu sulit memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, dan merasa kurang segar saat bangun tidur. Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur yang adekuat perlu diperhatikan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin serta mengurangi dampak kelelahan selama kehamilan (Lowdermilk *et al*., 2024).

f. Pemeriksaan Diagnostik Kehamilan Trimester III

Menurut Walyani (2021), pemeriksaan kehamilan trimester III dilakukan untuk memantau kesehatan ibu dan janin serta mendeteksi

secara dini adanya komplikasi yang dapat terjadi menjelang persalinan. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi:

1) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan mengukur tekanan darah, berat badan, tinggi fundus uteri, denyut jantung janin (DJJ), serta menilai adanya edema pada ekstremitas. Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau pertumbuhan janin dan kondisi kesehatan ibu selama kehamilan.

2) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold dilakukan untuk menentukan tinggi fundus uteri, letak janin, presentasi janin, posisi punggung janin, serta penurunan bagian terbawah janin ke dalam rongga panggul sebagai persiapan persalinan.

3) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) untuk mendeteksi anemia, pemeriksaan protein urine untuk skrining preeklampsia, serta pemeriksaan glukosa urine atau gula darah bila diperlukan.

4) Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ dilakukan menggunakan stetoskop fetoskop atau doppler untuk menilai kesejahteraan janin. Denyut jantung janin normal berkisar antara 120–160 kali per menit.

5) Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

USG digunakan untuk menilai pertumbuhan dan perkembangan janin, jumlah cairan ketuban, posisi plasenta, presentasi janin, serta memperkirakan berat badan janin menjelang persalinan.

Pemeriksaan kehamilan trimester III harus dilakukan secara teratur agar kondisi ibu dan janin dapat dipantau dengan baik serta komplikasi kehamilan dapat dideteksi dan ditangani sedini mungkin.

g. Komplikasi Kehamilan Trimester III

Menurut Walyani (2021), trimester III merupakan periode kehamilan yang memerlukan pemantauan lebih intensif karena terdapat risiko terjadinya berbagai komplikasi yang dapat membahayakan ibu

maupun janin. Deteksi dini dan penanganan yang tepat sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat.

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan trimester III meliputi:

1) Preeklampsia

Preeklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah setelah usia kehamilan 20 minggu yang disertai proteinuria atau tanda kerusakan organ lainnya. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan pada ibu maupun janin apabila tidak segera ditangani.

2) Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan 28 minggu sebelum persalinan berlangsung. Penyebab yang paling sering adalah plasenta previa dan solusio plasenta yang memerlukan penanganan segera untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

3) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum timbul tanda-tanda persalinan. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko infeksi pada ibu dan janin serta berpotensi menyebabkan persalinan prematur.

4) Persalinan Preterm

Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Bayi yang lahir prematur memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan pernapasan, infeksi, dan masalah kesehatan lainnya akibat organ yang belum matang sempurna.

5) Gawat Janin

Gawat janin merupakan kondisi ketika janin mengalami gangguan selama kehamilan atau persalinan yang ditandai dengan perubahan denyut jantung janin, berkurangnya gerakan janin, atau tanda lain yang menunjukkan adanya kekurangan oksigen.

6) Presentasi Janin Abnormal

Presentasi janin abnormal terjadi apabila bagian terbawah janin bukan kepala, seperti presentasi bokong atau letak lintang. Kondisi ini dapat

meningkatkan risiko komplikasi saat persalinan dan sering memerlukan penanganan khusus.

Pemantauan kehamilan secara rutin melalui pemeriksaan antenatal sangat penting untuk mendeteksi komplikasi trimester III sehingga dapat dilakukan penatalaksanaan yang tepat guna menjaga keselamatan ibu dan janin.

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan *Rebozo Technique*

1. Definisi

Menurut Simbolon dan Siburian (2021), *Rebozo Technique* merupakan salah satu terapi komplementer nonfarmakologis yang menggunakan kain panjang (*rebozo*) sebagai media untuk memberikan gerakan ayunan atau goyangan pada tubuh ibu. Teknik ini bertujuan untuk membantu mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, memberikan rasa nyaman, serta mendukung keseimbangan dan fleksibilitas area panggul selama kehamilan maupun persalinan.

Penerapan *Rebozo Technique* dilakukan dengan menggerakkan kain secara ritmis pada area panggul atau punggung sehingga membantu meredakan nyeri, memperbaiki kenyamanan fisik, dan mengurangi ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil. Selain mudah dilakukan, teknik ini juga aman digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis dan dapat dipadukan dengan asuhan kebidanan untuk meningkatkan kenyamanan ibu selama masa kehamilan dan proses persalinan.

2. Tujuan Rebozo Technique

Rebozo Technique bertujuan untuk membantu ibu memperoleh rasa nyaman dan relaksasi melalui gerakan ritmis menggunakan kain rebozo pada area tubuh tertentu. Teknik ini digunakan sebagai metode nonfarmakologis untuk mengurangi persepsi nyeri, menurunkan ketegangan otot, serta meningkatkan kenyamanan fisik dan emosional selama masa kehamilan maupun persalinan. Melalui efek relaksasi yang dihasilkan, ibu diharapkan dapat beradaptasi dengan lebih baik terhadap perubahan fisik yang terjadi selama kehamilan (Simbolon & Siburian, 2021).

Rebozo Technique juga bertujuan untuk membantu mengurangi ketidaknyamanan yang muncul akibat perubahan postur tubuh dan

peningkatan beban pada sistem muskuloskeletal selama kehamilan. Gerakan mengayun dan menggoyangkan yang dilakukan secara perlahan dapat membantu melemaskan otot-otot yang tegang, memperbaiki kenyamanan tubuh, serta mendukung kesejahteraan ibu secara keseluruhan. Pada ibu hamil trimester III yang mengalami nyeri punggung, teknik ini dapat digunakan sebagai alternatif intervensi nonfarmakologis yang aman, sederhana, dan mudah diterapkan untuk membantu mengurangi nyeri serta meningkatkan kualitas hidup ibu selama kehamilan (Sarli & Putri, 2024).

3. Manfaat Rebozo Technique

Rebozo Technique merupakan salah satu metode nonfarmakologis yang memberikan berbagai manfaat bagi ibu selama masa kehamilan dan persalinan. Teknik ini membantu meningkatkan relaksasi melalui gerakan mengayun dan menggoyangkan tubuh secara ritmis sehingga ketegangan otot dapat berkurang dan ibu merasa lebih nyaman. Efek relaksasi tersebut juga berperan dalam menurunkan persepsi nyeri serta membantu ibu mengurangi stres dan kecemasan yang sering muncul selama kehamilan maupun menjelang persalinan (Simbolon & Siburian, 2021).

Rebozo Technique dapat membantu mengurangi intensitas nyeri dengan cara melemaskan otot-otot yang mengalami ketegangan, terutama pada daerah punggung, pinggang, dan panggul. Gerakan yang dilakukan menggunakan kain rebozo mampu memberikan rasa nyaman pada tubuh ibu sehingga keluhan akibat perubahan postur dan peningkatan beban selama kehamilan dapat berkurang. Selain itu, teknik ini juga membantu memperbaiki sirkulasi darah dan meningkatkan mobilitas tubuh ibu hamil (Hasana *et al*., 2024).

Pada ibu hamil trimester III, manfaat *Rebozo Technique* sangat berkaitan dengan perubahan fisiologis yang terjadi akibat pembesaran uterus. Peningkatan berat badan dan pergeseran pusat gravitasi tubuh menyebabkan otot punggung bekerja lebih keras sehingga sering menimbulkan nyeri punggung bawah. Melalui gerakan ritmis yang lembut, *Rebozo Technique* dapat membantu mengurangi tekanan pada otot dan ligamen, meningkatkan fleksibilitas jaringan tubuh, serta memberikan efek relaksasi yang mendukung kenyamanan ibu selama menjalani kehamilan.

Selain manfaat fisik, *Rebozo Technique* juga memberikan manfaat psikologis. Ibu yang merasa lebih rileks dan nyaman cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah serta mampu beradaptasi dengan lebih baik terhadap perubahan yang terjadi selama kehamilan. Kondisi psikologis yang baik dapat mendukung kesehatan ibu dan janin serta meningkatkan kualitas hidup ibu hamil secara keseluruhan (Hasana *et al*., 2024).

Secara umum, manfaat *Rebozo Technique* pada ibu hamil trimester III meliputi:

a. Membantu mengurangi nyeri punggung bawah.
b. Menurunkan ketegangan otot punggung, pinggang, dan panggul.
c. Meningkatkan relaksasi dan kenyamanan tubuh.
d. Membantu memperbaiki sirkulasi darah.
e. Mengurangi stres dan kecemasan selama kehamilan.
f. Membantu memperbaiki postur tubuh dan keseimbangan.
g. Meningkatkan fleksibilitas otot dan ligamen.
h. Mendukung kesejahteraan fisik dan psikologis ibu hamil.
i. Menjadi alternatif intervensi nonfarmakologis yang aman, mudah, dan efektif untuk mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan (Hasana *et al*., 2024).

4. Mekanisme Kerja *Rebozo Technique*

Menurut Sarli dan Putri (2024), *Rebozo Technique* bekerja melalui gerakan mengayun dan menggoyangkan tubuh secara perlahan menggunakan kain rebozo pada area punggung, pinggang, atau panggul. Gerakan ritmis ini membantu merelaksasikan otot dan ligamen yang mengalami ketegangan akibat perubahan postur selama kehamilan. Ketika otot menjadi lebih rileks, tekanan pada punggung bawah dan panggul berkurang sehingga nyeri yang dirasakan ibu hamil dapat menurun.

Selain memberikan efek relaksasi, *Rebozo Technique* juga membantu meningkatkan sirkulasi darah dan oksigen ke jaringan tubuh. Peningkatan aliran darah tersebut dapat mengurangi kekakuan otot, memperbaiki metabolisme jaringan, serta meningkatkan fleksibilitas otot dan ligamen yang menopang tubuh selama kehamilan. Kondisi ini membantu

mengurangi ketidaknyamanan yang sering dialami ibu hamil trimester III, terutama nyeri punggung bawah.

Gerakan lembut selama *Rebozo Technique* juga dapat merangsang pelepasan hormon endorfin sebagai pereda nyeri alami tubuh. Peningkatan endorfin membantu menurunkan persepsi nyeri serta memberikan rasa nyaman dan rileks. Selain manfaat fisik, teknik ini juga dapat mengurangi stres dan kecemasan sehingga ibu hamil merasa lebih tenang selama masa kehamilan.

Dengan demikian, *Rebozo Technique* membantu mengurangi nyeri punggung pada ibu hamil trimester III melalui relaksasi otot, peningkatan sirkulasi darah, pengurangan tekanan pada punggung dan panggul, serta pelepasan hormon endorfin yang meningkatkan kenyamanan dan menurunkan intensitas nyeri.

5. Indikasi dan Kontraindikasi *Rebozo Technique*

a. Indikasi *Rebozo Technique*

Menurut Sarli dan Putri (2024) menjelaskan bahwa *Rebozo Technique* dapat diberikan kepada ibu hamil yang mengalami ketidaknyamanan akibat perubahan fisiologis selama kehamilan, terutama pada trimester III. Teknik ini digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri, meningkatkan relaksasi, dan memberikan rasa nyaman. Penerapan *Rebozo Technique* juga dapat dilakukan pada ibu yang mengalami ketegangan otot akibat perubahan postur tubuh dan peningkatan beban selama kehamilan (Sarli & Putri, 2024).

Beberapa kondisi yang menjadi indikasi pemberian *Rebozo Technique* meliputi:

1) Ibu hamil trimester II dan trimester III.
2) Ibu hamil yang mengalami nyeri punggung bawah.
3) Ibu hamil yang mengalami ketegangan otot punggung, pinggang, atau panggul.
4) Ibu hamil yang mengalami ketidaknyamanan akibat perubahan postur tubuh selama kehamilan.
5) Ibu hamil yang membutuhkan relaksasi untuk mengurangi stres dan kecemasan.

6) Ibu hamil dengan keluhan pegal pada daerah punggung dan panggul

b. Kontraindikasi *Rebozo Technique*

Rebozo Technique tergolong aman, namun penerapannya perlu memperhatikan kondisi ibu dan janin. Teknik ini tidak dianjurkan pada ibu hamil dengan kondisi tertentu yang dapat meningkatkan risiko komplikasi apabila dilakukan gerakan atau manipulasi pada area abdomen maupun panggul. Oleh karena itu, sebelum melakukan tindakan, tenaga kesehatan perlu melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi ibu hamil.

Beberapa kondisi yang menjadi kontraindikasi *Rebozo Technique* meliputi:

1) Perdarahan selama kehamilan.
2) Ancaman persalinan prematur.
3) Ketuban pecah dini (KPD).
4) Preeklampsia berat atau hipertensi dalam kehamilan yang tidak terkontrol.
5) Plasenta previa atau gangguan letak plasenta.
6) Kehamilan risiko tinggi yang memerlukan pembatasan aktivitas fisik.
7) Kondisi gawat janin atau adanya gangguan kesejahteraan janin.
8) Ibu hamil yang mengalami nyeri hebat dengan penyebab yang belum diketahui secara pasti (Dewi, 2024).

6. Langkah-Langkah Penerapan *Rebozo Technique*

Menurut Dewi (2024), gerakan dalam *Rebozo Technique* dilakukan secara perlahan, ritmis, dan disesuaikan dengan kenyamanan ibu hamil. Adapun langkah-langkah gerakannya meliputi:

a. Gerakan Mengayun Abdomen (*Belly Sifting*)



Gambar 2.1 Gerakan Mengayun Abdomen

Kain rebozo diletakkan pada area panggul atau punggung bawah, kemudian kedua ujung kain dipegang dan digerakkan perlahan ke kanan dan ke kiri secara ritmis. Gerakan ini dilakukan selama beberapa menit untuk membantu merelaksasikan otot dan mengurangi ketegangan pada punggung serta panggul.

b. Gerakan Menopang Panggul (*Pelvic Support*)



Gambar 2.2 Gerakan Menopang Panggul

Kain ditempatkan di bawah panggul ibu, kemudian ditarik secara perlahan untuk memberikan dukungan dan mengurangi tekanan pada daerah punggung bawah. Gerakan dilakukan dengan lembut tanpa menimbulkan rasa tidak nyaman.

c. Gerakan Relaksasi Punggung



Gambar 2.3 Gerakan Relaksasi Punggung

Kain diposisikan pada area punggung bawah, kemudian dilakukan gerakan goyangan kecil secara ritmis dan berulang. Gerakan ini membantu meningkatkan relaksasi otot, memperbaiki sirkulasi darah, dan mengurangi nyeri punggung yang dirasakan ibu hamil.

Dewi (2024) menjelaskan bahwa setiap gerakan umumnya dilakukan selama 2–3 menit dengan memperhatikan respons dan kenyamanan ibu. Keseluruhan rangkaian *Rebozo Technique* biasanya berlangsung sekitar 10–15 menit.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari hasil pengungkapan langsung individu mengenai kondisi kesehatan, perasaan, pengalaman, atau keluhan yang dirasakan. Data ini bersifat personal karena hanya dapat diketahui melalui apa yang disampaikan oleh klien, seperti rasa tidak nyaman, perubahan kondisi tubuh, atau keluhan yang dialami, tanpa dapat diukur secara langsung oleh tenaga kesehatan. Data subjektif menjadi dasar penting dalam proses pengkajian keperawatan untuk memahami kondisi klien secara menyeluruh. Adapun hal hal yang perlu dikaji dalam data subjektif adalah sebagai berikut:

1) Identitas pasien

   Identitas klienmerupakan data awal yang berisi informasi dasar mengenai diri klienyang digunakan dalam proses pelayanan kesehatan dan pencatatan asuhan keperawatan. Identitas ini meliputi nama pasien, umur atau tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, agama, suku atau kebangsaan bila diperlukan, nomor rekam medis, serta tanggal masuk atau tanggal dilakukan pengkajian. Data tersebut penting untuk memastikan ketepatan identifikasi pasien, mempermudah pendokumentasian, serta mendukung kelancaran dan keamanan dalam pemberian asuhan keperawatan.

2) Keluhan utama

   Keluhan utama adalah masalah atau gangguan yang paling dirasakan oleh kliendan menjadi alasan utama kliendatang untuk memeriksakan diri atau mencari pertolongan kesehatan. Keluhan ini biasanya disampaikan langsung oleh kliensesuai dengan apa yang sedang dirasakan saat itu.

3) Riwayat penyakit sekarang

   Riwayat penyakit sekarang adalah penjelasan mengenai keadaan atau keluhan yang sedang dialami kliensaat ini, mulai dari kapan keluhan muncul, bagaimana perkembangannya, serta faktor yang dapat memengaruhi keluhan tersebut. Data ini diperoleh dari cerita

klienmengenai kondisi yang dirasakan sejak awal sampai dilakukan pengkajian, sehingga membantu perawat memahami masalah kesehatan yang sedang terjadi secara lebih jelas.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah informasi mengenai penyakit yang pernah dialami kliensebelumnya, baik penyakit ringan maupun berat, termasuk riwayat rawat inap, operasi, atau pengobatan yang pernah dijalani. Data ini penting untuk mengetahui apakah ada penyakit yang dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan kliensaat ini atau menjadi faktor risiko di kemudian hari.

5) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga adalah informasi mengenai penyakit yang pernah atau sedang dialami oleh anggota keluarga dekat pasien, seperti orang tua, saudara kandung, atau keluarga inti lainnya. Data ini digunakan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang bersifat keturunan atau faktor risiko yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan pasien.

6) Riwayat obstetri

Riwayat obstetri adalah data mengenai riwayat kesehatan reproduksi klienyang berkaitan dengan siklus haid, pernikahan, kehamilan, persalinan, serta penggunaan kontrasepsi. Data ini penting untuk menilai kondisi kesuburan dan kesehatan reproduksi kliensecara keseluruhan.

a) Riwayat haid

Menjelaskan tentang siklus menstruasi pasien, seperti usia menarche, keteraturan siklus, lama haid, jumlah darah haid, serta adanya keluhan saat menstruasi.

b) Riwayat perkawinan

Berisi informasi mengenai status pernikahan pasien, usia saat menikah, serta lama pernikahan yang dapat berkaitan dengan riwayat kehamilan.

c) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Mencakup jumlah kehamilan, hasil kehamilan, cara persalinan, serta ada tidaknya komplikasi selama kehamilan, persalinan, maupun

Mencakup jumlah kehamilan, hasil kehamilan, cara persalinan, serta ada tidaknya komplikasi selama kehamilan, persalinan, maupun nifas sebelumnya.

d) Riwayat KB

Berisi informasi mengenai penggunaan alat kontrasepsi, jenis KB yang pernah atau sedang digunakan, lama pemakaian, serta efek samping yang pernah dirasakan

7) Riwayat kehamilan saat ini

Riwayat kehamilan saat ini adalah pengkajian terhadap kondisi ibu selama kehamilan yang sedang berlangsung untuk mengetahui perkembangan kehamilan dan adanya masalah yang menyertai.

a) Usia kehamilan (HPHT/TP)

Mengkaji usia kehamilan berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) atau taksiran persalinan.

b) Keluhan selama kehamilan

Menilai keluhan yang dirasakan ibu sejak awal kehamilan hingga saat ini.

c) Kunjungan *antenatal care* (ANC)

Mengetahui jumlah dan keteraturan pemeriksaan kehamilan sesuai standar pelayanan.

d) Pergerakan janin

Menilai kapan ibu mulai merasakan gerakan janin dan bagaimana frekuensinya.

e) Pemeriksaan kehamilan sebelumnya

Mengkaji hasil pemeriksaan seperti tekanan darah, berat badan, tinggi fundus uteri, serta hasil laboratorium jika ada.

f) Konsumsi obat/suplemen

Mengetahui vitamin, zat besi, atau obat lain yang dikonsumsi selama kehamilan.

g) Tanda bahaya kehamilan

Mengkaji adanya gejala seperti perdarahan, sakit kepala hebat, bengkak berlebihan, atau keluhan lain yang mengarah pada komplikasi.

8) Pola kebiasaan sehari hari

Pola kebiasaan sehari-hari merupakan pengkajian terhadap aktivitas dan kebutuhan dasar kliendalam kehidupan sehari-hari untuk melihat kondisi umum serta kemampuan adaptasi selama kehamilan.

a) Pola nutrisi

Mengkaji jenis, jumlah, frekuensi makan dan minum, serta kecukupan gizi yang dikonsumsi ibu setiap hari.

b) Pola eliminasi

Menilai kebiasaan buang air kecil dan buang air besar, termasuk frekuensi, kelancaran, serta adanya keluhan seperti konstipasi atau sering BAK.

c) Pola personal hygiene

Mengkaji kebiasaan kebersihan diri seperti mandi, kebersihan gigi, rambut, dan area genital.

d) Pola istirahat dan tidur

Menilai kualitas dan kuantitas tidur, waktu tidur, serta adanya gangguan tidur yang dialami ibu.

e) Psikologis dan sosiospiritual ibu

Mengkaji kondisi emosional, tingkat kecemasan, dukungan keluarga, serta keyakinan atau spiritualitas yang memengaruhi kondisi ibu selama kehamilan.

b. Data Objektif

Data objektif adalah data yang diperoleh melalui hasil observasi langsung, pemeriksaan fisik, dan pengukuran oleh tenaga kesehatan. Data ini dapat dilihat, diraba, didengar, atau diukur secara nyata sehingga lebih bersifat akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Dalam proses keperawatan, data objektif digunakan untuk mendukung dan memvalidasi data subjektif klien serta membantu menegakkan masalah keperawatan secara tepat. Hal yang perlu dikaji pada data objektif adalah :

1) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum merupakan pengkajian awal untuk menilai kondisi fisik kliensecara keseluruhan melalui observasi dan pengukuran objektif.

a) Keadaan umum

Keadaan umum menggambarkan kondisi keseluruhan klienyang dinilai dari penampilan, tingkat kesadaran, serta respon klienselama pemeriksaan. Pada tahap ini perawat mengamati apakah klientampak baik, cukup, atau lemah serta bagaimana kemampuan kliendalam berinteraksi.

b) Tanda – tanda vital (*vital sign*)

(1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur untuk mengetahui kondisi hemodinamik pasien. Hasil pengukuran dapat menunjukkan keadaan normal atau adanya gangguan seperti hipertensi maupun hipotensi yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan secara umum.

(2) Berat badan

Berat badan diukur untuk memantau status gizi dan perubahan berat badan selama periode tertentu. Data ini penting untuk melihat keseimbangan nutrisi dan perkembangan kondisi tubuh pasien.

(3) LILA (Lingkar Lengan Atas)

LILA digunakan untuk menilai status gizi, terutama dalam mendeteksi risiko kekurangan energi kronis (KEK). Pengukuran ini membantu mengetahui apakah asupan gizi kliensudah mencukupi kebutuhan tubuh.

2) Pemeriksaan *head to toe*

(a) Kepala

Dilihat kebersihan kepala, adanya keluhan seperti pusing, serta tanda anemia seperti wajah pucat.

(b) Rambut

Dinilai kebersihan, kerontokan, dan kondisi rambut yang dapat mencerminkan status nutrisi ibu.

(c) Wajah

Diamati adanya edema, pucat, atau tanda preeklamsia seperti wajah tampak sembab.

(d) Mata

Diperiksa konjungtiva untuk melihat tanda anemia serta sklera untuk menilai adanya ikterus.

(e) Hidung

Dinilai adanya gangguan pernapasan atau keluhan sumbatan akibat perubahan hormonal pada kehamilan.

(f) Telinga

Dilihat kebersihan serta adanya gangguan pendengaran atau keluhan lain.

(g) Mulut

Diperiksa kebersihan, kondisi gusi, serta tanda anemia seperti mukosa pucat.

(h) Leher

Dinilai adanya pembesaran kelenjar tiroid atau vena jugularis yang menonjol.

(i) Dada

Diperiksa pola pernapasan, bunyi napas, serta adaptasi sistem kardiopulmonal selama kehamilan.

(j) Payudara

Dinilai perubahan bentuk, pembesaran, kebersihan, serta kesiapan laktasi (puting dan areola).

(k) Aksila

Diperiksa adanya pembesaran kelenjar getah bening atau perubahan pigmentasi.

(l) Abdomen (pemeriksaan khusus kehamilan)

Abdomen diperiksa secara khusus untuk menilai kondisi kehamilan, meliputi pembesaran uterus sesuai usia kehamilan, tinggi fundus uteri (TFU), posisi dan presentasi janin, gerakan janin, serta detak jantung janin (DJJ). Selain itu juga dilihat adanya kontraksi, *striae gravidarum*, dan keluhan nyeri atau ketegangan pada abdomen.

(m) Punggung

Dinilai adanya nyeri punggung, perubahan postur tubuh, serta ketegangan otot akibat perubahan pusat gravitasi selama kehamilan.

(n) Genitalia

Diperiksa kebersihan, adanya keputihan abnormal, tanda infeksi, serta kondisi jalan lahir bila diperlukan.

(o) Ekstremitas

Dinilai adanya edema pada tangan dan kaki, varises, refleks, serta tanda trombosis atau gangguan sirkulasi.

3) Pemeriksaan obstetri

(a) **I**nspeksi

Dilakukan dengan mengamati bentuk dan pembesaran abdomen, adanya *striae gravidarum, linea nigra*, luka bekas operasi, serta pergerakan janin yang tampak dari luar.

(b) Palpasi

Dilakukan untuk menilai tinggi fundus uteri (TFU), menentukan letak, posisi, presentasi, dan penurunan bagian terendah janin melalui pemeriksaan Leopold I, II, III, dan IV.

(c) Auskultasi

Dilakukan untuk mendengarkan detak jantung janin (DJJ) menggunakan *doppler* atau *fetoskop* guna menilai kesejahteraan janin.

(d) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)

Dilakukan untuk menilai pertumbuhan dan perkembangan janin serta kesesuaian ukuran uterus dengan usia kehamilan.

(e) Penilaian gerakan janin

Dilakukan dengan menanyakan dan mengamati pergerakan janin yang dirasakan ibu sebagai salah satu indikator kesejahteraan janin.

(f) Pemeriksaan kontraksi uterus

Dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya kontraksi, frekuensi, durasi, dan kekuatan kontraksi yang dirasakan ibu.

(g) Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ)

Dilakukan untuk mengetahui frekuensi dan keteraturan denyut jantung janin sebagai indikator kondisi janin dalam kandungan.

4) Pemeriksaan penunjang

(a) Pemeriksaan hemoglobin (Hb)

Dilakukan untuk mengetahui kadar hemoglobin dalam darah dan mendeteksi adanya anemia pada ibu hamil.

(b) Pemeriksaan urin

Dilakukan untuk menilai adanya protein, glukosa, atau kelainan lain dalam urin yang dapat mengindikasikan gangguan kesehatan selama kehamilan.

(c) Pemeriksaan golongan darah dan rhesus

Dilakukan untuk mengetahui golongan darah ibu dan mendeteksi kemungkinan inkompatibilitas rhesus yang dapat memengaruhi kehamilan.

(d) Pemeriksaan *ultrasonografi* (USG)

Dilakukan untuk menilai pertumbuhan dan perkembangan janin, posisi janin, kondisi plasenta, jumlah cairan ketuban, serta memperkirakan usia kehamilan.

2. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosis keperawatan yang sering muncul pada masalah nyeri punggung pada ibu hamil berdasarkan SDKI adalah sebagai berikut : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Nyeri akut

b. Defisit pengetahuan

c. Gangguan pola tidur

d. Intoleransi aktivitas

e. Keletihan

f. Ansietas

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	**Nyeri akut**	**Tingkat Nyeri** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Kesulitan tidur menurun. 6. Frekuensi nadi membaik. 7. Frekuensi napas membaik. 8. Tekanan darah membaik. Kemampuan beraktivitas meningkat. 9. Skala nyeri menurun.	**Manajemen Nyeri** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tenteng nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang suduah di berikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 1. Berikan teknik non - farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			3. Fasilitasi istirahat dan tidur yang cukup. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri. 4. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian Analgesic, jika perlu.
2.	**Defisit pengetahuan**	**Tingkat Pengetahuan** Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 2. Kemampuan menggambarkan pengalaman	**Edukasi Kesehatan** **Observasi** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. **Terapeutik** 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		sebelumnya yang sesuai meningkat. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 5. Persepsi yang keliru terhadap suatu masalah menurun. 6. Verbalisasi kebingungan menurun. 7. Kemampuan mengambil keputusan meningkat.	2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepatakan. **3.** Berikan kesempatan untuk bertanya. **Edukasi** 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
3.	**Gangguan pola tidur**	**Pola Tidur** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun. 3. Keluhan tidak puas tidur menurun. 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun.	**Dukungan Tidur** **Observasi** 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. 4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi. **Terapeutik** 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		5. Frekuensi terbangun pada malam hari menurun. 6. Kualitas tidur meningkat. 7. Durasi tidur meningkat. 8. Perasaan segar setelah bangun meningkat.	suhu, matras dan tempat tdiur) Batasi tidur siang, jika perlu. 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. 3. Tetapkan jadwal tidur rutin. 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atai tindakan untuk menunjang jadwal tidur. **Edukasi** 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 3. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur. 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur. 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidur 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya. **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian terapi farmakologis (obat

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			tidur/sedatif) sesuai indikasi medis. 2. Kolaborasi penanganan penyebab gangguan tidur sesuai kondisi pasien.
4.	**Intoleransi aktivitas**	**Toleransi Aktivitas** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. 2. Keluhan lelah menurun. 3. Dispnea saat aktivitas menurun. 4. Frekuensi nadi saat aktivitas membaik. 5. Frekuensi napas saat aktivitas membaik. 6. Kekuatan otot meningkat. 7. Daya tahan tubuh meningkat. 8. Saturasi oksigen tetap dalam batas normal selama aktivitas (bila diindikasikan).	**Manajemen Energi** **Observasi** 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan intoleransi aktivitas. 2. Identifikasi tingkat kelelahan pasien. 3. Monitor respons fisiologis terhadap aktivitas (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas). 4. Monitor pola dan kualitas tidur. 5. Monitor kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang nyaman selama aktivitas. 2. Fasilitasi istirahat yang cukup di antara periode aktivitas. 3. Bantu pasien melakukan aktivitas sesuai kemampuan. 4. Tingkatkan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi. 5. Atur jadwal aktivitas dan waktu istirahat secara seimbang.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			6. Berikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari bila diperlukan. **Edukasi** 1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 2. Ajarkan teknik konservasi energi. 3. Anjurkan beristirahat jika muncul tanda kelelahan. 4. Anjurkan menghindari aktivitas yang berlebihan. 5. Edukasi pentingnya nutrisi dan hidrasi yang adekuat untuk mendukung aktivitas. **Kolaborasi** 1. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam penyusunan program latihan bila diperlukan. 2. Kolaborasi pemberian terapi medis sesuai penyebab intoleransi aktivitas.
5.	**Keletihan**	**Tingkat Keletihan** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan lelah menurun. 2. Kelemahan menurun. 3. Lesu menurun.	**Manajemen Energi** **Observasi** 1. Identifikasi penyebab keletihan. 2. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan keletihan. 3. Monitor tingkat keletihan. 4. Monitor pola dan lama tidur.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		4. Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. 5. Daya tahan tubuh meningkat. 6. Energi meningkat. 7. Kualitas tidur membaik. 8. Konsentrasi membaik.	5. Monitor respons terhadap aktivitas. **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan tenang. 2. Fasilitasi istirahat yang cukup. 3. Batasi aktivitas yang berlebihan. 4. Bantu pasien melakukan aktivitas sesuai toleransi. 5. Berikan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila diperlukan. 6. Atur jadwal aktivitas dan waktu istirahat secara bergantian. **Edukasi** 1. Anjurkan meningkatkan waktu istirahat dan tidur. 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 3. Ajarkan teknik konservasi energi. 4. Anjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan cairan yang cukup. 5. Edukasi pentingnya mengenali tanda keletihan sebelum aktivitas berat.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi sesuai indikasi. 2. Kolaborasi pemberian terapi medis sesuai penyebab keletihan.
6.	**Ansietas**	**Tingkat Ansietas** Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan toleransi ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun. 2. Gelisah menurun. 3. Rileks meningkat. 4. Keluhan sulit tidur menurun. 5. Postur tubuh membaik.	**Reduksi Ansietas** **Observasi** 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi, waktu, dan stresor). 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. 3. Monitor tanda dan gejala ansietas (verbal maupun nonverbal). **Terapeutik** 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa percaya. 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan. 3. Pahami situasi yang menyebabkan ansietas. 4. Dengarkan pasien dengan penuh perhatian. 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan. 7. Motivasi pasien mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas. 8. Diskusikan perencanaan yang realistis terhadap peristiwa yang akan datang. **Edukasi** 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 3. Anjurkan keluarga tetap mendampingi pasien bila diperlukan. 4. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi. 5. Latih teknik pengalihan (distraksi) untuk mengurangi ketegangan. 6. Latih penggunaan mekanisme koping yang adaptif. 7. Ajarkan teknik relaksasi. **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas sesuai indikasi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosis keperawatan. Pada tahap ini, perawat memberikan tindakan yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai dengan kebutuhan pasien. Selain melaksanakan tindakan keperawatan, perawat juga memantau respons klienserta mendokumentasikan setiap tindakan dan hasil yang diperoleh. Implementasi dilakukan secara sistematis untuk membantu klienmencapai tujuan dan luaran keperawatan yang telah ditetapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas tindakan keperawatan yang telah diberikan dan pencapaian luaran yang telah ditetapkan. Melalui evaluasi, perawat dapat mengetahui perkembangan kondisi klienserta menentukan apakah masalah keperawatan telah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi sehingga dapat menjadi dasar dalam menyusun tindak lanjut asuhan keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).