

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Kompres Hangat**

##### **1. Defenisi Hompres Hangat**

Kompres hangat merupakan sebuah metode yang dapat menekan nyeri daerah nyeri dengan menggunakan panas dimana menimbulkan efek fisiologis. Kompres hangat dilakukan dengan mengompres menggunakan air hangat bersuhu 37-40°C. Terapi kompres hangat dapat dilaksanakan kurang lebih 30-40 menit pada punggung bagian bawah ibu dengan posisi miring kiri. Kompres hangat dapat dilakukan dengan menggunakan botol yang diisi oleh air hangat, handuk yang dibasahi oleh air hangat lalu diperas dan sekarang sudah ada *hot water bag* yang diisi dengan air hangat. Terapi kompres panas mengirimkan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang, melebarkan pembuluh darah perifer Adanya vasodilatasi dapat melepaskan produk inflamasi seperti bradikin, histamin, prostaglandin (Zahroh & Faiza 2018 dalam Safitri & desmawati 2022).

##### **2. Manfaat Kompres Hangat**

Kompres hangat dapat membantu peningkatan suhu kulit, melancarkan peredaran darah, merangsang pembuluh darah, menurunkan kram otot dan menghilangkan nyeri, meredakan sensasi nyeri dan memberikan kelegaan serta kenyamanan. Air merupakan pilihan yang tepat untuk suhu yang panas dibandingkan dengan udara. Fungsi utama air disini adalah memompa suhu sehingga suhu perlahan masuk kedalam tubuh, sehingga terjadi peningkatan mekanis efek kimia positif. Adapun pengaruh lain yang terjadi pada tubuh bagian luar, tubuh bagian dalam, dan sirkulasi darah. Suhu tubuh (suhu panas) adalah energi positif bagi tubuh. Air hangat (37-40°C) mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, yaitu pelunakan jaringan ikat, terpengaruh oksigenasi jaringan, sehingga menghindari ketegangan otot, vasodilatasi dan melancarkan aliran darah, sehingga dapat meredakan nyeri atau mengatasi nyeri (Safitri 2022 & desmawati 2022).

### 3. Standar Operasional Prosedur

Standar operasional prosedur untuk kompres hangat menurut PPNI (2021)

a. Definisi

Kompres hangat adalah suatu metode alternatif non farmakologis dengan melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat/panas.

b. Tujuan : Tingkat nyeri menurun dan status kenyamanan meningkat

c. Manfaat

- 1) Melancarkan peredaran darah
- 2) Menurunkan kram otot dan menghilangkan nyeri
- 3) Meredakan sensasi nyeri dan memberikan kelegaan serta kenyamanan

d. Indikasi : Klien dengan gangguan rasa nyeri persalinan pada ibu bersalin kala I fase aktif

e. Kontraindikasi

- 1) Peradangan kulit
- 2) Varises berat
- 3) Komplikasi kehamilan (preeklamsia)

f. Prosedur

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).
- 2) Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
  - a) Sarung tangan bersih
  - b) Alat kompres hangat
  - c) Kain penutup kompres
- 4) Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapat (seperti kemasan gel baku, kain dan handuk)
- 5) Periksa suhu alat kompres
- 6) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 7) Pasang sarung tangan bersih
- 8) Pilih Lokasi kompres di bagian punggung bawah

- 9) Balut alat kompres hangat dengan kain, jika perlu
- 10) Atur posisi tidur miring kiri
- 11) Lakukan kompres hangat pada daerah punggung bagian bawah selama 30-40 menit
- 12) Kemudian istirahat 30 menit dan Lakukan pengukuran nyeri sesudah tindakan menggunakan skala NRS (*Numerical Rating Scale*)
- 13) Kemudian lakukan pengompresan berulang dengan mengganti air hangat kembali dengan suhu 37° - 41°C.
- 14) Lakukan hal tersebut secara berulang sampai 3 kali dan ibu merasa nyaman
- 15) Lakukan pengukuran nyeri kembali sesudah tindakan menggunakan skala NRS (*Numerical Rating Scale*) setelah pengompresan.
- 16) Rapikan pasien dengan alat-alat yang digunakan
- 17) Lepaskan sarung tangan
- 18) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 19) Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respon pasien

## **B. Nyeri Persalinan**

### **1. Definisi Nyeri Persalinan**

Nyeri persalinan merupakan rasa tidak enak sebagai akibat dari adanya stimulasi saraf sensorik. Nyeri persalinan dirasakan oleh setiap orang berbeda-beda karena bersifat pribadi, setiap orang tergantung pada stimulus dan ambang toleransi nyeri yang dimiliki. Nyeri yang dirasakan pada kala 1 persalinan merupakan proses dan fisiologis yang normal. Nyeri yang dirasakan pada kala 1 persalinan merupakan segmen bawah uterus yang mengalami peregangan, dan hipoksia yang dialami oleh sel-sel uterus Ketika sedang terjadi kontraksi (Fauziah 2015 dalam Ekawati & Desmawati 2022).

### **2. Etiologi Nyeri Persalinan**

Nyeri persalinan kala 1 merupakan nyeri visceral. Nyeri *visceral* berasal dari organ-organ internal yang berada dalam rongga thorax, abdomen dan cranium. Kejadian nyeri kala 1 diawali dengan adanya kontraksi uterus yang menyebar dan membuat abdomen kram. Nyeri dikala 1 disebabkan oleh meregangnya uterus dan terjadinya *effacement* (pendataran) dan dilatasi serviks. Stimulus tersebut yang

dihantarkan ke medulla spinalis di torakal 10-12 sampai dengan lumbal 1. Intensitas nyeri kala 1 bervariasi sesuai kemajuan dari dilatasi serviks.

Berikut gambaran intensitas nyeri sesuai dengan dilatasi serviks (Manurung 2021)

- a. Kala 1 fase laten : Pembukaan 0-3 cm nyeri dirasakan sakit dan tidak nyaman
- b. Fase aktif :
  - 1) Pembukaan 4-7 cm nyeri agak menusuk.
  - 2) Pembukaan 7-10 cm nyeri menjadi lebih hebat, menusuk dan kaku.

### 3. Fisiologi Nyeri Persalinan

Menurut (Alam 2020 dalam Manurung 2021) berikut beberapa teori yang menjelaskan mengenai mekanisme nyeri. Nyeri berdasarkan atas Tingkat kedalaman dan letaknya :

#### a. Nyeri Viseral

Nyeri viseral merupakan perasaan nyeri yang dialami ibu Ketika kala 1 terjadi sebagai akibat adanya perubahan dari serviks dan uterus yang mengalami iskemia. Penipisan serviks lebih banyak terjadi pada kala 1 fase laten sedangkan pada fase aktif dan transisi terjadi proses pembukaan serviks dan penurunan bagian bawah janin. Ibu merasakan nyeri pada bagian bawah abdomen, menyebar ke sekitar lumbal punggung hingga ke paha. Ibu biasanya akan merasakan nyeri ketika sedang kontraksi

#### b. Nyeri *Somatic*

Nyeri *somatic* merupakan nyeri yang dirasakan oleh ibu pada saat akhir kala 1 dan kala II proses persalinan. Nyeri yang dirasakan oleh ibu disebabkan adanya peregangan yang terjadi pada vulva dan perineum, uterus servikal yang tertekan saat terjadinya kontraksi, adanya penekanan kandung kemih oleh bagian terendah janin dan panggul yang sensitive.

#### c. Teori Kontrol Gerbang (*Gate Control*)

Teori kontrol gerbang merupakan teori yang menyatakan saat proses persalinan terjadinya nyeri disebabkan karena adanya perjalanan dari impuls nyeri dari uterus melalui serat-serat saraf besar menuju gelatinosa yang berada dalam spina kolumna, perasaan nyeri diproyeksikan ke otak melalui sel-sel transmisi, adanya stimulasi seperti getaran atau pijatan menyebabkan adanya transmisi yang berlawanan melalui serat saraf kecil. Adanya transmisi yang berlawanan ini akan

menutup gerbang yang terdapat pada gelatinosa sehingga akan menghalang transmisi nyeri akibat proses persalinan.

#### **4. Teori Pengontrolan Nyeri Persalinan**

Teori kontrol gerbang yang diusulkan oleh (Melzack dan Wall pada tahun 1965 dalam Manurung 2021) menerangkan bahwa impuls nyeri dapat dikelola atau dihambat oleh mekanisme pertahanan yang bekerja di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini menjelaskan bahwa impuls nyeri akan diteruskan hanya ketika mekanisme pertahanan dalam posisi terbuka. Upaya untuk menutup pertahanan tersebut menjadi dasar bagi teori penghilang nyeri. Saraf dengan diameter kecil mengirimkan impuls nyeri menuju hipotalamus yang kemudian dipancarkan ke korteks serebri, sehingga menciptakan persepsi akan rasa nyeri. Saraf dengan diameter besar berfungsi untuk menghambat transmisi impuls nyeri dari sumsum tulang belakang ke otak. Proses ini terjadi di sel-sel substansi gelatinosa yang terletak di kornu dorsalis pada sumsum tulang belakang.

Keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C dan substansi P untuk mentransmisi impuls nyeri melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat *mekanoreseptor*, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat melepaskan *neurotransmitter* penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat melakukan counterstimulation di daerah punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi *mekanoreseptor*, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri.

#### **5. Frekuensi Nyeri Persalinan**

Frekuensi nyeri persalinan merupakan jumlah nyeri yang dirasakan dalam satu periode atau waktu tertentu. Nyeri persalinan yang dirasakan timbul akibat kontraksi dari otot rahim sehingga frekuensi nyeri persalinan dihitung berdasarkan jumlah kontraksi dari otot rahim sehingga frekuensi nyeri persalinan dihitung berdasarkan jumlah kontraksi atau his yang muncul setiap 10 menit. Kontraksi

yang kuat dapat dirasakan pada fundus, kontraksi ini akan hilang secara perlahan-lahan (istirahat) dan akan muncul Kembali.

Ketika memasuki usia kehamilan 30 minggu his akan lebih sering terasa dan kuat. Memasuki usia kehamilan 36 minggu aktivitas uterus akan lebih meningkat hingga dimulainya persalinan. Kontraksi uterus pada awal persalinan terjadi sekitar 15-20 detik. Pada saat memasuki fase aktif kontraksi mengalami peningkatan dan terjadi selama 45-90 detik dengan rata-rata dirasakan selama 60 detik. Lama kontraksi dari uterus dan jumlah kontraksi yang dirasakan akan terus meningkat secara bertahap, kontraksi yang adekuat terjadi jika  $\geq 3$  kali dalam rentang waktu 10 menit dengan durasi  $\geq 40$  detik. Frekuensi dihitung Ketika mulai kontraksi sampai dengan merasakan kontraksi lagi (Rhomadona & Widyawati, 2019 dalam Anik Muryani 2021).

## 6. Pengkajian Nyeri

Menurut (wisnasari et al 2021 dalam Ekawati & Desmawati 2022) metode yang dapat digunakan untuk mengkaji nyeri adalah dengan metode PQRST. Metode PQRST meliputi *Provocation, Quality, Region, Serverity scale, Time*.

### a. P = *Provocation/palliation*

*Provocation* merupakan penyebab dari rasa nyeri yang timbul atau dirasakan, kapan waktu merasakan nyeri dan apa yang memperberat rasa nyeri dirasakan.

### b. Q = *Quality/Quantity*

Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan, apakah terasa seperti tertusuk, terbakar, tertimpa benda berat atau terasa seperti tertekan

### c. R = *Region*

Daerah Dimana nyeri yang dirasakan, bagaimana karakteristik dari nyeri apakah menjalar, menyebar atau berpindah-pindah.

### d. S = *Severity Scale*

Skala dari nyeri seberapa parah rasa nyeri dirasakan. Skala nyeri dirasakan dari 0 hingga 10, skala 0 berarti tidak ada rasa sakit atau merasakan nyeri dan skala 10 berarti nyeri dirasakan sangat parah dan tidak bisa ditahan.

e. *T = Time*

*Time* merupakan waktu dari nyeri yang dirasakan dan berapa lama nyeri dirasakan. Apakah nyeri terus menerus atau hilang timbul.

## 7. Alat Ukur Intensitas Nyeri

Ada beberapa metode yang umumnya digunakan untuk menilai intensitas nyeri antara lain (Asmeriyanti & Deswita 2023) :

### a. *Verbal Rating Scale (VRS)*

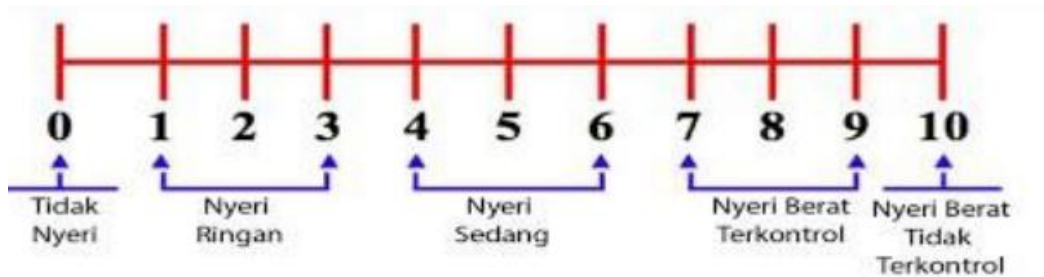
Metode ini menggunakan suatu *word list* untuk mendeskripsikan nyeri yang dirasakan. Pasien disuruh memilih kata-kata atau kalimat yang menggambarkan karakteristik nyeri yang dirasakan dari *word list* yang ada. Metode ini dapat digunakan untuk mengetahui intensitas nyeri dari saat pertama kali muncul sampai tahap penyembuhan. Penilaian ini menjadi beberapa kategori nyeri yaitu

- 1) Tidak nyeri (*None*)
- 2) Nyeri ringan (*Mild*)
- 3) Nyeri sedang (*moderate*)
- 4) Nyeri berat (*severe*)
- 5) Nyeri sangat berat (*very severe*)

### b. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Metode ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan range dari intensitas nyeri. Umumnya pasien akan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dari angka 0-10 “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang hebat.

- 1) Skor 0 : Tidak nyeri
- 2) Skor 1-3: Ringan ringan.
- 3) Skor 4-6: Nyeri sedang.
- 4) Skor 7-9: Nyeri berat terkontrol.
- 5) Skor 10 : Nyeri berat tidak terkontrol



Gambar 2.1 Numerical Rating Scale  
(Sumber : Manajemen Nyeri Pada Anak Dan Dewasa 2023)

c. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Metode ini merupakan salah satu cara paling umum digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Dalam metode ini, terdapat garis sepanjang 10 cm yang menunjukkan rentang dari tidak ada nyeri hingga nyeri yang sangat parah. Pasien diminta untuk menandai titik pada garis yang sesuai dengan intensitas nyeri yang mereka alami. Keunggulan dari metode ini terletak pada sensitivitasnya dalam mendeteksi perubahan intensitas nyeri, kemudahan pemahaman dan pelaksanaannya, serta kemampuannya untuk digunakan dalam berbagai kondisi klinis. Namun, ada beberapa keterbatasan, antara lain ketidakmampuan untuk digunakan pada anak-anak di bawah usia 8 tahun, serta mungkin mengalami kesulitan penerapan jika pasien sedang mengalami nyeri yang sangat hebat.



Gambar 2.2 Skala *Visual Analogue Scale*  
(Sumber: <https://Manajemen Nyeri Pada Anak Dan Dewasa 2023>)

d. *MrGill Pain Questionnaire (MPQ)*

Metode ini menggunakan *check list* untuk mendeskripsikan gejala-gejala nyeri yang dirasakan. Metode ini menggambarkan nyeri dari berbagai aspek



antara lain sensorik, afektif dan kognitif. Intensitas nyeri digambarkan dengan merangking dari “0” sampai “3”.

e. *The Faces Pain Scale*

Metode ini dengan cara melihat mimik wajah pasien dan biasanya untuk menilai intensitas nyeri.



Gambar 2.3 *The faces pain scale*  
(Sumber: *Manajemen Nyeri Pada Anak Dan Dewasa 2023*)

Keterangan:

- Fase pain scale 0 (Tidak nyeri/gembira).
- Fase pain scale 2 (wajah masih tampak sedikit senyum, nyeri dapat di toleran).
- Fase pain scale 4 (wajah mengerut atau bermuka masam, nyeri sedang).
- Fase pain scale : 6 (wajah mengerut, alis mata turut mengerut keatas, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat).
- Fase pain scale : 8 (wajah mengerut, alis mata turut mengerut keatas, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat).
- Fase pain scale : 10 (wajah dan alis mata semakin mengerut, air mata keluar/menangis, nyeri digambaran sebagai nyeri sangat hebat).

### C. Konsep Dasar Persalinan

#### 1. Defenisi Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses dimana terjadi pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan atau mendekati cukup bulan dan disusul dengan keluarnya plasenta. Persalinan dapat diartikan sebagai proses pembukaan dan penipisan

serviks sehingga turunnya janin ke dalam jalan lahir sampai dengan keluarnya bayi yang sudah cukup bulan yang dapat hidup di luar rahim ibu, disusul keluarnya plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu melewati jalan lahir dengan bantuan atau tanpa di bantu yaitu dari kekuatan ibu sendiri (Mutmainah et al 2017 dalam Ekawati & Desmawati 2022).

## **2. Tahap Persalinan**

Proses persalinan secara normal terjadi secara konsisten yang ditandai dengan ada perkembangan kontraksi yang teratur, adanya perubahan serviks serta turunnya presentasi bawah janin (Wagiyo & Putrono ,2016 dalam Ekawati & Desmawati 2022) Tahapan proses persalinan yaitu :

### **a. Kala 1 persalinan**

Kala 1 persalinan tahap dilatasi serviks dimulai dengan awitan kontraksi persalinan yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks secara lengkap, tahap ini dibagi dalam tiga fase yaitu laten, aktif dan transisi selama kala 1 persalinan, dilatasi lengkap pada serviks (10cm) secara perlahan diperoleh. Kemajuan dilatasi serviks lebih cepat pada multipara dibandingkan dengan primipara. Pada primipara kala 1 berlangsung sekitar 12 jam sedangkan multipara sekitar 7 jam (Anggrani et al 2022 dalam Ekawati & Desmawati 2022). Kala 1 persalinan dibagi menjadi 3 fase yaitu :

#### **1) Fase Laten**

Fase laten diawali dengan kontraksi uterus, berlangsung selama 8 jam dan mencapai pelunakan, penipisan dan sedikit dilatasi (3-4 cm).

#### **2) Fase Aktif**

Dengan mulanya fase aktif intensitas dan lama kontraksi terjadi lebih sering yaitu 3-5 menit. Fase ini akan berakhir ketika dilatasi serviks mencapai sekitar 7 cm. Ketika dilatasi serviks 5 cm, ibu telah memasuki waktu persalinan, Meskipun 10 cm mewakili dilatasi penuh. Pada saat itu rata-rata lebih dari 2/3 proses persalinan telah dimulai.

#### **3) Fase Transisi**

Fase transisi dimulai ketika serviks mengalami dilatasi lengkap, yaitu 8-10 cm dicirikan dengan kontraksi.

#### b. Kala II Persalinan

Kala II Persalinan dimulai Ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan diakhiri dengan keluarnya bayi. Pada kala II terjadi peningkatan kontraksi. Kontraksi berlangsung selama 50-70 detik, dan terjadi pada interval 2 atau 3 menit. Jika ketuban belum pecah, maka pecah ketuban seringkali terjadi pada awal kala ini dengan adanya semburan ketuban yang keluar dari vagina.

#### c. Kala III Persalinan

Kala III persalinan merupakan tahap pengeluaran uri. Setelah bayi dilahirkan uterus akan teraba keras dan fundus uteri dekat dengan pusat. Setelah beberapa menit akan muncul lagi kontraksi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya sekitar 6-15 menit setelah bayi dilahirkan dengan keluar secara spontan atau dengan adanya penekanan sedikit pada fundus uteri. Keluarnya dan lepasnya plasenta dari dalam rahim akan disertai dengan keluarnya darah.

#### d. Kala IV Persalinan

Kala IV persalinan merupakan tahapan pemulihan pasca persalinan dimulai dengan lahirnya plasenta samapai dengan 1-4 jam pertama pasca partum. Empat jam pertama pasca partum merupakan waktu pengambilan stabilitas fisiologis selama periode ini, kontraksi dan retraksi myometrium, disertai dengan trombosit pembuluh darah, bekerja secara efektif untuk mengontrol perdarahan dari tempat plasenta. Pada kala IV dilakukan pemantauan perdarahan dan keadaan umum ibu. Periode ini juga penting untuk pembentukan awal hubungan ibu-bayi dan konsolidasi keluarga. Interaksi awal orangtua diyakini memengaruhi kualitas hubungan mereka selanjutnya.

### **3. Asuhan Keperawatan Pada Kala 1 Persalinan**

#### a. Pengkajian

##### 1) Riwayat keperawatan secara komprehensif

- a) Keluhan : Alasan utama klien datang kerumah sakit, dapat berupa keluar darah bercampur slem, keluar air air dari kemaluan dengan atau tanpa kontraksi. Selain itu klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, teratur, perasaan selalu ingin buang air kecil, bila buang air kecil hanya sedikit-sedikit.

- b) Riwayat penyakit yang diderita saat ini : Penyakit paru (TB, Asma, batuk-flu), penyakit jantung, penyakit endokrin (DM, Tiroid), Riwayat penyakit gangguan syaraf dan pembedahan yang pernah dialami.
  - c) Riwayat penyakit keluarga : Ada beberapa kondisi kesehatan yang penting untuk diperhatikan. Ini termasuk penyakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, dan faktor keturunan yang dapat menyebabkan kehamilan kembar. Selain itu, ada juga risiko penyakit seperti TBC, hepatitis, dan penyakit menular seksual.
  - d) Respon psikososial: Sistem dukungan, termasuk pendamping saat persalinan, sangat penting. Praktik budaya dalam menyambut kelahiran bayi juga berperan besar. Kecemasan klien dan keluarga saat menghadapi kelahiran, serta penerimaan mereka terhadap prosesnya, adalah faktor penting. Interaksi sosial dan perubahan rasa nyaman terkait nyeri juga berpengaruh, dan mereka membutuhkan informasi yang jelas tentang proses kelahiran dan persalinan.
  - e) Pola kebiasaan sehari-hari : Pola kebiasaan sehari-hari seperti : pola makan, pola eliminasi, *bladder* dan bowel, pola istirahat dan tidur, pola aktivitas dan gaya hidup.
  - f) Kebutuhan belajar ibu dalam menghadapi proses persalinan : Usaha untuk mengurangi nyeri saat persalinan mencakup berbagai aspek, seperti proses persalinan itu sendiri, teknik mengejan, serta posisi ibu yang melahirkan.
- 2) Pengkajian Riwayat *obstetric*
- a) Riwayat kehamilan saat ini : Tinjau catatan perkembangan kehamilan saat ini, yang mencakup tanggal haid terakhir (HPHT), perkiraan tanggal persalinan, usia kehamilan saat ini, serta masalah-masalah yang mungkin terjadi selama kehamilan, seperti ketuban pecah dini, hipertensi, preeklamsia, eklamsia, diabetes melitus gestasional, dan perdarahan pervaginam.
  - b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas dimasa lalu : usia kehamilan, masalah/penyakit yang pernah diderita saat kehamilan masa lalu. Review Riwayat persalinan masa lalu: jenis persalinan, masalah yang dialami saat persalinan, penolong saat persalinan, kondisi bayi saat lahir.

c) Review Riwayat nifas masa lalu : masalah yang dialami setelah melahirkan, pemberian ASI, penggunaan alat kontrasepsi.

3) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan umum : Keadaan umum, tingkat kesadaran, TTV seperti tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, tinggi badan, dan berat badan.

b) Pemeriksaan awal kala 1 tanda-tanda inpartu : Tanda-tanda inpartu meliputi keluarnya darah yang bercampur lender serta munculnya kontraksi yang datang dan pergi, dengan intensitas dan frekuensi yang semakin meningkat. Penting untuk mencatat kapan gejala ini mulai muncul. Selain itu, perhatikan juga kapan cairan keluar dari kemaluan: apakah cairan tersebut jernih atau keruh, warna, dan jumlahnya.

4) Pemeriksaan status generalis

Pemeriksaan status generalis adalah pemeriksaan fisik terdapat semua system organ tubuh sehubungan dengan adanya perubahan fisiologis untuk semua system, organ tubuh selama proses persalinan. Pemeriksaan status generalis meliputi:

a) System pernafasan : bentuk dada, pengembangan dinding thoracal, suara nafas (ronchi, wheezing), kebersihan jalan nafas

b) System *cardiovascular* meliputi: *heart rate* (hitungan dalam satu menit), perfusi jaringan perifer (konjungtiva: anemis/hiperemis, akral hangat/dingin, lembab/kering, merah/pucat, oedema, nyeri dada.

c) Sistem pencernaan meliputi: motilitas usus per satu menit, pola BAB, konsistensi faeses, haemoroid.

d) System perkemihan meliputi: pola berkemih, jumlah urine (0,5-1cc)/jam, resistensi, urgensi, inkontinensia urin dan nyeri saat berkemih.

e) System muskulo skeletal meliputi: penampilan postur tubuh (lordosis, skifosis), cara berjalan, pergerakan sendi.

f) Istirahat tidur meliputi: pola tidur malam/hari, pola tidur siang/hari, kebiasaan tidur (terkait penggunaa obat tidur).

g) System endokrin meliputi : bentuk payudara, warna areola, kondisi puting, stimulasi kolostrum.

h) Sistem integumen meliputi: klosma gravidarum, linea gravidarum, striae albican, tekstur kulit, palmar eritema, spider nervi dan varises khususnya dibagian perineum.

5) Pemeriksaan obstetric

Pemeriksaan fisik terhadap status obstetric dan ginekologi meliputi pemeriksaan genetalia eksterna dan interna. Berikut pemaparan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status *obstetric* :

a) Pemeriksaan genetalia eksternal

Labia mayora yang dikaji meliputi: warna, varises, pertumbuhan jaringan baru. Vestibulum meliputi: kondisi infroitus uretra, vagina dan kebersihan. Introitus vagina meliputi: pengeluaran sekret, warna, baunya, jumlah cairan yang keluar, perineum meliputi: elastisitas dan varises.

b) Pemeriksaan genetalia internal

Palpasi abdomen : Pemeriksaan uterus pada dasarnya untuk menentukan usia kehamilan. Pada dasarnya prinsip pemeriksaan palpasi menghindari stimulus yang meningkatkan aktivitas janin (perubahan suhu kulit abdomen ibu).

c) Pengukuran tinggi fundus uteri : Pemeriksaan palpasi abdomen dengan tehnik manuver leopold yaitu untuk menilai tinggi fundus uteri, letak janin, presentasi terbawah dan presentasi sudah masuk atau tidak kedalam rongga panggul, manuver tersebut digunakan pada kehamilan dengan posisi janin vertical yakni sesuai dengan sumbu ibu.

d) Penilaian letak janin dan presentasi terbawah : Perasat yang digunakan untuk menilai letak dan presentasi janin adalah leopold II dan III. Menilai letak janin adalah untuk mengetahui posisi janin dengan terhadap sumbu ibu vertical yakni: letaknya puka, puki (punggung kanan atau punggung kiri). Letak janin tersebut adalah sebagai patokan arah putaran paksi luar. Sehingga setelah kepala bayi lahir kita dapat memprediksi arah putaran paksi luar. Penilaian penurunan kepala kedalam rongga panggul menggunakan perasat leopold IV dan periksa dalam.

e) Penurunan presentasi : Presentasi vertical ada dua yakni kepala dan bokong. Pemeriksaan penurunan kepala ke rongga panggul dapat dilakukan dengan

palpasi. Teknik palpasi dilakukan dengan meletakkan lima jari kanan diatas simpisis pubis.

- f) Penilaian kontraksi : Kontraksi observasi dengan cara melakukan palpasi abdomen tepatnya diatas fundus uteri. Fundus uteri di raba kontraksinya dengan telapak tangan. Kontraksi dikatakan kuat jika teraba intensitasnya, frekuensi dan durasinya terus meningkat seiring dengan peningkatan dilatasi serviks (intensitasnya ringan, sedang dan terakhir kuat). Demikian juga frekuensinya : dari 1x/10 menit, 2x/10 menit, 3x/10 menit, 4x/10 menit dan 5x/10 menit. Sehingga yang dilaporkan dari hasil penilaian kontraksi antara lain: frekuensi, intensitas, durasi, relaksasi. Pendokumentasian kontraksi uterus setelah fase aktif dilakukan di partograf
- g) Inspeksi dalam : Pemeriksaan inspeksi dalam menggunakan speculum, pemeriksaannya disebut dengan (in speculo), Teknik : labia dipisahkan dengan dua jari pemeriksa, alat speculum cusco (cocor bebek) dimasukkan ke vagina dengan bilah vertical kemudian di dalam liang vagina di putar 90° sehingga horizontal, lalu dibuka. Hasil pemeriksaan akan terlihat letak, bentuk dan ukuran uterus serta periksa keadaan porsio dan serviks (permukaan, warna) keadaan ostium, ada/tidaknya darah/cairan/ di forniks, dilihat keadaan dinding dalam vagina ada/tidak tumor, tanda radang atau kelainan lainnya.
- h) Palpasi bimanual : colok vaginal (*vaginal touche*) Palpasi dengan dua jari sebelah tangan dan tangan lain menekan fundus dari luar abdomen disebut palpasi bimanual. Hal yang perlu dicatat saat melakukan vaginal toucher:
- (1) Derajat dilatasi dan pendataran serviks.
  - (2) Ada tidaknya forewater (selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah).
  - (3) Keadaan selaput amnion serta cairan amnion: utuh atau ruptur (jernih, hijau, kental atau bercampur darah).
  - (4) Posisi bagian terendah janin yang diperoleh dari perabaan sutura sagitalis dan perabaan ubun ubun kecil (oksiput).
  - (5) Derajat penurunan bagian terendah janin (bidang hodge atau station).
  - (6) Auskultasi denyut jantung janin (djj) : Pemeriksaan auskultasi denyut jantung janin adalah menilai frekuensi djj dalam satu menit, irama (regular/ireguler) dan intensitasnya. Range nilai frekuensi djj yang normal

adalah 120-160 x/menit. Penilaian djj sebaiknya dilakukan diluar HIS (kontraksi) yakni fase relaksasi. Dengan demikian akan diperoleh data yang akurat tentang djj.

- 6) Pencatatan partograf : Partograf adalah alat bantu yang di gunakan untuk memonitor kemajuan persalinan yang didokumentasikan mulai fase aktif (pembukaan 4 cm) sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm), sebagai system peringatan awal terhadap kemajuan persalinan. Partograf juga merupakan grafik kejadian-kejadian sewaktu berlangsungnya persalinan menurut satuan jam yang terdiri dari 3 komponen ; catatan janin, catatan kemajuan persalinan dan catatan ibu.
- 7) Pemeriksaan penunjang : Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk mendeteksi adanya penyimpangan pada fisik ibu selama periode persalinan antara lain : pemeriksaan darah perifer lengkap (DPL), ultrasonografi fetal monitoring yakni KTG.
- 8) Obat-obatan yang digunakan : Kebutuhan obat-obatan selama proses persalinan perlu didokumentasikan (nama obat, waktu pemberian, dosis, rute pemberian).

#### b. Diagnosa Keperawatan

Kondisi fisik yang ditemukan saat ini bisa berkembang dengan dilakukannya pengkajian riwayat keperawatan dan kesehatan kompherensif. Dari gambaran kondisi kala satu tersebut masalah keperawatan yang kemungkinan ditemukan selama kala 1 dapat dirumuskan. Beberapa paparan diagnose keperawatan kala 1 :

- 1) Nyeri b.d peningkatan intensitas kontraksi, penurunan kepala ke rongga panggul, ditandai dengan : ibu mengeluh nyeri, tampak meringis dan kesakitan, frekuensi HIS terus meningkat.
- 2) Defisit volume cairan b.d penurunan intake cairan, ditandai dengan : balance yang tidak seimbang antara intake dan output, berkering, mengeluh haus, pengeluaran cairan pervaginam (air ketuban, lendir, dan darah, mual muntah)(SDKI 2016).



c. Intervensi

Dx Nyeri b.d peningkatan intensitas kontraksi, penurunan kepala ke rongga panggul, ditandai dengan : ibu mengeluh nyeri, tampak meringis dan kesakitan, frekuensi HIS terus meningkat

Tujuan : klien dapat beradaptasi terhadap nyeri selama periode persalinan kala 1

Kriteria hasil :

1. Ibu tampak tenang diantara kontraksi
2. Ekspresi wajah rileks
3. Ibu mampu mengontrol nyeri
4. Tanda-tanda vital (TD, nadi, pernafasan normal)
5. Kemajuan persalinan berjalan sesuai dengan tahapan persalinan.

Intervensi keperawatan

1. Bantu dengan manajemen nyeri non farmakologis Bantu dengan manajemen nyeri non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, teknik manajemen nyeri non farmakologis dapat memblok impuls nyeri dalam konteks serebral. Berikan rasa nyaman selama di kamar bersalin (seperti membantu perubahan posisi memenuhi kebutuhan dasar, perawatan perineal) rasional: pemenuhan kebutuhan dasar, meningkatkan hygiene menciptakan perasaan Sejahtera.
2. Fasilitasi klien dengan pendamping selama di kamar bersalin. Rasional : kehadiran suami/keluarga secara psikologis dapat mengurangi stress dan meminimal intensitas nyeri HIS.
3. Anjurkan klien untuk berkemih tiap 1-2 jam. Rasional: kandung kemih bebas distensi, dapat meningkatkan kenyamanan, dan mempengaruhi penurunan janin.