

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar, bayi lahir secara spontan dalam presensi belakang kepala pada usia 37-42 minggu lengkap, tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, setelah persaliann ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (WHO, 2010).

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah. (Rohani, 2011)

Persalian adalah serangkaian kejadian yang yang berakhir pengeluaran bayi dan plasenta dari tubuh ibu. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan di bedakan sebagai berikut:

- a. Persalinan normal yaitu proses keluarnya janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir spontan dengan presensi b

b. elakang kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada bayi.

c. Persalinan spontan

Persalinan ini berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

d. Persalinan buatan

Persalinan ini berlangsung apabila saat persalinan ibu dibantu tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi section caesarea.

e. Persalinan anjuran

Persalinan ini tidak dimulai dengan sendirinya tetapi persalinan ini baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Yanti, 2009; Sukarmi dan Wahyu P, 2013)

2. Etiologi

a. Teori awitan/ketegangan

Memfokuskan pada keseimbangan kadar hormone yang tampaknya menstimulasi otot uterus. Terjadi ketika janin telah matang menghadapi kondisi ekstrauteri tetapi tidak cukup besar untuk menyebabkan masalah dalam proses persalinan. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat di mulai.

b. Teori esterogen progesterone/penurunan prostaglandin

Esterogen dan progesterone penting dalam mempertahankan kehamilan dan melalui proses persalinan. Produksi progesterone mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosins, akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu. Kadar kedua hormone tersebut mengatur perubahan kontraksi reseptor oksitosins dalam uterus.

c. Teori oksitosin

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

d. Teori prostaglandin

Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan

e. Teori control endokrin janin

Teori ini menyatakan bahwa pada waktu maturasi janin yang tepat, kelenjar adrenal janin menyekresi kortikosteroid yang memicu mekanisme persalinan. Steroid janin

menstimulasi pelepasan perkusor ke prostaglandin, yang ada akhirnya menghasilkan kontraksi persalinan pada uterus.

3. Tanda-tanda persalinan

Tanda persalinan sudah dekat menurut Rohani dkk (2011), sebelum terjadi persalinan beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan

a. Terjadi lightening, menjelang usia 36 minggu pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton, ketegangan dinding perut ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin mengalami penurunan. Masuknya kepala bayi kedalam pintu atas panggul, menyebabkan ibu merasakan terasa ringan dibagian atas, rasa sesak berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, sering miksi (kencing)

b. Terjadinya his permulaan, pada saat hamil muda, sering terjadi kontraksi Braxton Hicks, kontraksi ini dirasakan sebagai keluhan karena terasa sakit dan mengganggu. Kontraksi Braxton Hicks terjadi karena keseimbangan hormon esterogen, progesterone mengalami perubahan sehingga terjadi rangsangan dari horman oksitosin. Dengan makin tuanya umur kehamilan, produksi esterogen dan progesterone mulai berkurang. Sehingga pengeluaran hormone oksitosin yang meningkat dapat menimbulkan kontraksi lebih sering, sebagai his

palsu. Sifat his permulaan (palsu) rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tanda persalinan, durasinya pendek, tidak bertambah jika ibu beraktivitas

- c. Perut terlihat lebih membesar, fundus uteri turun
- d. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (bloody show)

4. Tanda persalinan kala I

Tanda-tanda persalinan kala I menurut Yanti (2009), yaitu:

- a. His belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu hingga ia sering masih dapat berjalan
- b. Lambat laun his bertambah kuat: interval lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama
- c. Bloody show bertambah banyak
- d. Lama kala I untuk primipara 12 jam dan untuk multipara 8 jam
- e. Pedoman untuk mengetahui kemajuan kala I adalah: ‘kemajuan pembukaan 1 cm sejam bagi primipara dan 2 cm sejam bagi multipara’

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power (tenaga/kekuatan)

Kontraksi ritmis otot polos uterus (His), kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament akan menimbulkan rasa mulas yang datang dengan sendirinya, tanpa di bantu obat-obatan, yang diukur menurut intensitas, lama dan frekuensi kontraksi uterus. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah kekuatan atau tenaga ibu.

b. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus. Dilatasi serviks/leher rahim membuka lengkap sampai pembukaan 10 cm

c. Passenger (bayi)

Janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir. Syarat persalinan normal yang berkenaan dengan penumpang antara lain kepala bayi berada di bawah, dengan presentasi belakang kepala, tafsiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram. Sementara itu detak jantung janin normal adalah 120-160 kali/menit.

(Maryunani, 2010; Rohani dkk, 2011)

6. Tahapan persalinan

- a. Kala 1 (kala pembukaan) Inpartu (keadaan bersalin) ditandai dengan terjadinya kontraksi, keluar lender bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan menipis (effacement). Kala 1 kala pembukaan di bagi menjadi 2 fase,
 1. Fase laten, dimana pembukaan berlangsung lambat, dari pembukaan 1 sampai pembukaan 3 cm berlangsung selama 7-8 jam
 2. Fase aktif, berlangsung 6 jam dan di bagi atas 3 subfase
 - a. Akselerasi, berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
 - b. Dilatasi maksimal, berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam
 - c. Deselerasi, dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm (lengkap)
- b. Kala II (pengeluaran) di tandai dengan pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan satu jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit.
- c. Kala III (pengeluaran plasenta) dimulai setelah lahirnya bayi di ikuti oleh keluarnya plasenta lam waktunya tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus akan teraba keras fundus uteri

berada diatas pusat, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

- d. Kala IV (observasi) dimulai dari lahirnya plasenta sam 2 jam setelah itu

7. Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman pribadi, subyektif, yang berbeda antara satu orang dengan orang lainnya dan juga dapat berbeda pada orang yang sama di waktu yang berbeda (giffin, martin, & Reeder, 2011)

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

8. Etiologi nyeri

Menurut judha dkk (2012) rasa nyeri persalinan muncul karena:

- a. Adanya kontraksi rahim menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks serta iskemi akibat kontraksi arteri miometrium. Nyeri tersebut disebut juga dengan nyeri visceral karena berada di organ internal. Nyeri visceral juga dapat dirasakan pada organ lain yang bukan merupakan asalnya disebut nyeri alih (referred pain). Pada persalinan nyeri alih dapat dirasakan pada punggung bagian bawah dan scrutum. Biasanya

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

- b. Regangan otot dasar panggul, jenis nyeri ini timbul pada saat mendekati kala II, tidak seperti nyeri visceral, nyeri ini terlokalisir di daerah vagina, rectum dan perineum, sekitar anus. Nyeri jenis ini disebut nyeri somatic dan disebabkan karena peregangan struktur jalan lahir bagian bawah akibat penurunan bagian bawah janin
- c. Episiotomi, pada nyeri episiotomi, nyeri dirasakan apabila ada tindakan episiotomi tindakan ini dilakukan sebelum jalan lahir mengalami lacerasi maupun ruptur pada jalan lahir
- d. Kondisi psikologis, nyeri dan rasa sakit berlebihan akan menimbulkan rasa cemas dan tegang memicu produksi hormone prostaglandin sehingga timbul stress. Kondisi stress dapat mempengaruhi kemampuan tubuh menahan rasa nyeri

9. Fisiologi nyeri dalam persalinan kala I

Fisiologi terjadinya nyeri dalam persalinan kala I menurut Maryunani (2010), yaitu:

Pada kala I nyeri sifatnya visceral, ditimbulkan oleh karena kontraksi uterus dan dilatasi serviks yang di persyarafi oleh serabut aferen simpatis ditransmisikan ke meula spinalis pada segmen T10-L1 (Thirakal 10-Lumbal 1) melalui serabut syaraf delta dan serabut syaraf C yang berasal dari dinding lateral dan fundus uteri.

Secara lebih terperinci, fisiologi nyeri persalinan kala I dapat dijelaskan bahwa pada kala I nyeri persalinan dihasilkan oleh dilatasi serviks dan segment bawah rahim serta distensi uterus, intensitas nyeri kala I akibat dari kontraksi uterus involunter nyeri dirasakan dari pinggang dan menjalar ke perut

sensasi nyeri dari uterus sinapsnya torakal 10,11,12 dan lumbal 1. Mengurangi nyeri pada fase ini dengan memblok daerah di atasnya. Nyeri akan bertambah dengan adanya nyeri somatic pada uterus yang melawan hambatan oleh leher rahim uterus dan perineum. Selama persalinan, apabila serviks uteri/leher rahim dilatasi sangat lambat atau apabila posisi fetus (janin) abnormal menimbulkan distorsi mekanik, kontraksi kuat disertai nyeri sangat hebat. Hal ini karena uterus berkontraksi isometric melawan obstruksi. Kontraksi uterus yang kuat ini merupakan sumber nyeri yang kuat.

10. Efek yang timbul akibat nyeri persalinan

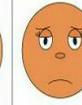
Menurut Maryuni (2010) terdapat beberapa aspek yang berkaitan dengan nyeri pada persalinan dapat mempengaruhi proses kelahiran itu sendiri. Pengaruh utama yang terjadi adalah karena terpicunya sistem simpatis yang mengakibatkan terjadinya peningkatan kadar plasma dan katekolamin, terutama epinefrin.

Nyeri yang diakibatkan oleh persalinan dapat disimpulkan menjadi beberapa hal di bawah ini:

- a. Psikologis: penderitaan, ketakutan dan kecemasan
- b. Kardiovaskuler: peningkatan kardiak output, tekanan darah, frekuensi nadi dan resistensi perifer sistemik
- c. Neuro endokrin : peningkatan kebutuhan O₂, asidosis laktat, hiperglikemia, lipolisis
- d. Gastrointestinal: penurunan pengosongan lambung
- e. Rahim/uterus: inkoordinasi kontraksi uterus/rahim
- f. Uteroplasenta: penurunan aliran darah uteroplasental
- g. Fetus/janin :asidosis akibat daerah uteroplasental

11. Pengukuran skala nyeri

SKALA PENGUKURAN NUMERIK RATING SCALE (NRS)

										
0 Pain Free	1 Very Mild	2 Discomforting	3 Tolerable	4 Distressing	5 Very Distressing	6 Intense	7 Very Intense	8 Utterly Horrible	9 Excruciating Unbearable	10 Unimaginable Unspeakable
No Pain	Minor Pain			Moderate Pain			Severe Pain			

Gambar 1.1

12. Teori nyeri persalinan

Terdapat beberapa teori yang menjelaskan tentang nyeri persalinan antara lain :

a. Specificity Theory

Teori ini menguraikan dasar fisiologis adanya nyeri persalinan tetapi tidak menjelaskan komponen-komponen fisiologis dari nyeri persalinan maupun derajat toleransi nyeri.

b. Pattern Theory

Teori ini menyatakan nyeri berasal dari ujung dorsal spinal cord. Pola implus saraf tertentu diproduksi dan menghasilkan stimulus reseptor yang diteruskan ke dalam system saraf pusat dan menyebabkan rasa nyeri.

c. Gate Control Theory

Dasar pemikiran gate control theory merupakan bahwa tempat dan intensitas pengalaman nyeri tergantung pada tranmisi tertentu pada implus-implus syaraf. Gate control theory mempunyai 2 mekanisme yaitu gate terbuka dan gate tertutup. Gate terbuka merupakan implus yang menyebabkan sensasi nyeri dapat mencapai tingkat kesadaran, sedangkan gate tertutup implus tidak mencapai kesadaran dan sensasi nyeri tidak alami.

13. Strategi pelaksanaan nyeri

Menurut Andarmoyo (2013 : 84), strategi penatalaksanaan nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang terbagi menjadi dua yaitu:

a. Strategi pelaksanaan nyeri non farmakologis

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

b. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

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

14. Konsep kompres dingin

Kompres dingin merupakan salah satu metode pengurangan nyeri secara non farmakologis untuk mengatasi nyeri. Terapi ini dapat diberikan bagi semua ibu melahirkan sebagai salah satu intervensi terapi nyeri pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, maupun klinik bersalin. Kompres dingin ini diberikan pada saat ibu mengalami kontraksi yaitu dengan cara meletakkan kain dingin atau buli-buli dingin yang diisi air dingin atau es batu pada perut bagian bawah, pinggang, lipat paha atau perineum (Simkin 2008)

Kompres dingin merupakan terapi es yang dapat menyebabkan vasoconstriction pada daerah nyeri, dan tubuh berusaha menghilangkan panas. (Bonewit-West, 2015). Kompres dingin dapat mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi pendarahan edema yang diperkirakan menimbulkan efek analgesic dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. (Shirvani & Ganji 2013). Beberapa jenis alat yang dapat digunakan untuk kompres dingin seperti sarung tangan karet yang diisi es, handuk yang dibasahi air es, ice gel (Simkin et al., 2016; Bonewit-West, 2015)

Kompres dingin dapat menurunkan nyeri persalinan kala I fase aktif. Hal ini sesuai dengan yang dilakukan oleh (Shirvani & Ganji,

2013) bahwa pemberian kompres dingin menggunakan ice gel dapat menurunkan nyeri persalinan kala I fase aktif. Kompres ice gel merupakan suatu tindakan kompres dingin yang menggunakan alat berbentuk gel yang dikemas dalam kantong plastik yang sudah dinetralkan dan tidak beracun. Ice gel dapat digunakan sebagai metode non farmakologis dalam pengurangan nyeri persalinan . (Skiveren, Kjaerby, & Larsen, 2008)

Ice gel merupakan kemasan yang berisi gel hypoallergenic dapat digunakan dingin maupun panas, jika digunakan dingin ice gel tersebut dapat terjaga lebih lama diluar freezer daripada es biasa. Ice gel bersifat reusable (dapat digunakan ulang) dan mudah didapatkan karena tersedia di apotek. Pada umumnya ice gel dapat digunakan selama 15 sampai 20 menit. Ice gel dapat menjaga suhu dingin lebih lama sampai 48 jam, tidak berair seperti es, aman dan tidak beracun, serta efektif, efisien dan sangat ekonomis karena dapat digunakan berulang sehingga dapat memudahkan bidan atau perawat dalam memberikan asuhan persalinan dalam pengurangan nyeri persalinan. (Esperanza Herrera, Maria C. Sandoval, Diana M. Camago, 2010)

15. Efek fisiologis kompres dingin

Kompres dingin menggunakan ice gel dapat menyerap kalori area local nyeri persalinan sehingga terjadi penurunan suhu. Respon neurohormonal terhadap kompres ice gel adalah pelepasan endorphin, penurunan transmisi saraf sensoris, penurunan aktivitas badan sel saraf, penurunan iritan yang merupakan limbah metabolisme sel. (Asmadi,2009). Pemberian kompres ice gel juga merupakan salah satu cara untuk memberikan stimulasi pada kulit sehingga bersifat terapeutik. Stimulasi ini mengirimkan impuls dari perifer ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperature tubuh secara normal. (Potter, Perry, Stockert, & Hall,2016). Kompres ice gel juga dapat menyebabkan transmisi nyeri tertutup sehingga cortex cerebri tidak dapat menerima sinyal karena nyeri sudah di blok dengan stimulasi dingin yang mencapai otak lebih dulu. (Mander,2012). Pemberian kompres dingin menggunakan ice gel sangat bermanfaat dalam mengurangi nyeri persalinan kala I fase aktif karena tidak mempengaruhi kemajuan dan kemunduran persalinan.Oleh karena itu, kompres ice gel aman diberikan pada ibu yang sedang bersalin sehingga asuhan sayang ibu bisa tercapai dan ibu bersalin menjadi lebih nyaman.

B. Asuhan keperawatan keperawatan persalinan kala I

1. Pengkajian nyeri persalinan

Pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis, intervensi, evaluasi.

Pengkajian persalinan menurut Reeder, M (2011), yaitu:

Hal yang penting menggunakan setiap intervensi noninvasif adalah pengkajian. Tidak ada satu intervensi tunggal yang menjadi obat mujarab. Intervensi harus disesuaikan dengan kebutuhan, sikap, dan keyakinan individu. Skala pemilihan pengobatan nyeri dapat digunakan sebagai pranal untuk mengkaji keinginan wanita berkenaan dengan pengobatan nyeri. Skala tersebut secara singkat memberikan informasi kepada perawat atau orang pendukung tentang bagaimana peran aktif mereka nantinya. Jika menghindari atau meminimalkan penggunaan obat nyeri adalah tujuan ibu, perawat harus siap menjawab tantangan dan cara membantu wanita dengan menggunakan strategi pengurangan nyeri lainnya. Bagaimanapun, antusiasme ini harus dibarengi dengan pengetahuan bahwa tujuan dapat berubah dan semua orang, termasuk perawat, harus mampu beradaptasi dengan kemajuan persalinan.

Cara mengukur nyeri berdasarkan PQRST menurut Perry & Potter:

P (provokatif): faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri

Q (Quality): seberapa berat keluhan nyeri terasa, bagaimana rasanya, seberapa sering terjadi

R (Region): daerah perjalanan nyeri

S(Severity) : keparahan/intensitas nyeri

T (Time): lama waktu serangan atau frekuensi nyeri

Beberapa hal yang ditanyakan saat anamnesa kepada ibu meliputi nama, umur alamat, kehamilan keberapa, hari pertama haid terakhir, kapan bayi akan lahir, riwayat alergi obat-obatan tertentu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat medis yang lain, masalah medis saat ini pertanyakan hal-hal yang belum jelas atau berbagai bentuk kekhawatiran lainnya

2. Pemeriksaan abdomen

Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen terlebih dahulu minta ibu untuk mengkosongkan kandung kemihnya, kemudian minta ibu berbaring pada bagian bawah kepala dan bahu tempatkan bantal dan meminta ibu untuk menekuk lututnya, jika ibu merasa gugup beri bantuan agar memperoleh rasa nyaman, dengan meminta ibu untuk menarik nafas dalam berulang kali. Jangan biarkan ibu dalam posisi terentang dalam waktu yang lama. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menentukan tinggi fundus uteri, memantau kontraksi uterus, memnatau denyut jantung janin menentukan presentasi dan menentukan penurunan bagian terbawah janin. Penjelasanya untuk setiap fungsi tersebut di jelaskan di bawah ini

- a. Menentukan tinggi fundus uteri pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang kontraksi ukur tinggi fundus uteri dengan menggunakan pita pengukur, pengukuran dimulai dari tepi

atau simfisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga ke puncak fundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen. Lebar pita harus menempel pada dinding abdomen ibu. Jarak antara tepi simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus iuteri

b. Memantau kontraksi uterus

Pada saat memantau kontraksi uterus pemeriksaan dapat menggunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan pemeriksa. Letakkan tangan pemeriksa atas uterus hati-hati dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit. Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi dalam setiap 10 menit. Lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih diantara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus

c. Menentukan denyut jantung janin

Dapat menggunakan fetoskop pinnards (funandoskop) dan dopler, sedangkan untuk menghitung jumlah denyut jantung janin permenit dapat menggunakan jarum detik pada jam tangan atau jam dinding. Penilaian DJJ dilakukan selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulailah penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama 60 detik, dengarkan sedikitnya 30 detek setelah kontraksi berakhir. Sebaiknya dilakukan lebih dari satu kali kontraksi. Apabila ada gangguan

kondisi kesehatan janin, umumnya DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 160 permenit. Bila ditemukan keadaan tersebut, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Lakukan DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya. kemudian simpulkan perubahan yang terjadi, jika DJJ tidak mengalami perbaikan, maka siapkan ibu untuk segera dirujuk.

d. Menentukan presentasi

Untuk menentukan presentasi bayi (apakah kepala atau bokong), pemeriksa dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a.) Berdiri disamping ibu dan kepala menghadap kearah ibu (meminta ibu untuk mengkat tungkai atas dan menekan lutut);
- b.) dengan ibu jaridan jari tengah dari satu tangan (hati-hati tapi mantap), pegang bagian terbawah janin yang mengisi bagian bawah abdomen (di atas simfisis pubis) ibu. Bagian yang ada diantara ibu jari dan jari tengah penolong adalah penunjuk presentasi bayi. c.) jika bagian terbawah janin belum masuk kedalam rongga panggul bagian tersebut masih dapat digerakkan lagi. d.) untuk menentukan presentasi kepala adalah kepala atau bokong maka perhatikan dan pertimbangkan bentuk, ukuran, serta kepadatan bagian tersebut. Apabila bagian terbawah teraba kepala maka akan teraba bulat keras jika teraba adalah bokong maka

kenyal, relative lebih besar sulit dipegang. Istilah sungsang menunjukkan bagian terbawah adalah bokong.

e. Menentukan penurunan bagian terbawah janin

pemeriksaan penurunan bagian bawah janin ke dalam rongga panggul melalui pengukuran pada dinding abdomen akan memberikan tingkat kenyamanan yang lebih bagi ibu jika dibandingkan dengan melakukan pemerksaan dalam yang tidak perlu atau berlebihan.

Peneletian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di tepi atas simpisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Bagian diatas simpisis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan sisanya (tidak terbatas) menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul.

Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah:

- a. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya berada diatas simfisis pubis
- b. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul

- c. 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- d. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati dinding tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
- e. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.
- f. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

3. Diagnose keperawatan

Diagnose keperawatan nyeri melahirkan berhubungan dengan dilatasi serviks sesuai dengan Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017).

4. Intervensi

Intervensi persalinan menurut Redeer, M (2011) yaitu;

- a. Lakukan tindakan kompres panas dan dingin untuk membantu meredakan nyeri

Rasional: Untuk membantu meredakan nyeri dan meningkatkan ketahanan

- b. Dorong istirahat

Rasional: untuk membantu meredakan nyeri dan meningkatkan ketahanan

- c. Dorong berkemih dengan sering karena dengan membantu ke kamar mandi atau memberikan pispot

Rasional: untuk membantu meredakan nyeri dan meningkatkan ketahanan

- d. Beri analgesic jika klien memintanya dan sesuai program dokter

Rasional: untuk membantu meredakan nyeri dan meningkatkan ketahanan

C. Konsep penerapan evidence based nursing practice

1. Definisi kompres dingin

Kompres dingin merupakan salah satu metode pengurangan nyeri secara non farmakologis untuk mengatasi nyeri. Terapi ini dapat diberikan bagi semua ibu melahirkan sebagai salah satu intervensi terapi nyeri pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, maupun klinik bersalin. Kompres dingin ini di berikan pada saat ibu mengalami kontraksi yaitu dengan cara meletakkan kain dingin atau buli-buli dingin yang diisi air dingin atau es batu pada perut bagian bawah, pinggang, lipat paha atau perineum (simkin 2008)

2. Penggunaan kompres dingin:

- a. Ketika ibu merasakan nyeri pada pinggang sampe ke paha
- b. Ketika ibu menunjukkan adanya kecemasan dan ketegangan otot
- c. Ketika ibu terlihat menggigil karena kesakitan
- d. Tidak dianjurkan melakukan kompres dingin apabila ibu memiliki alergi terhadap dingin dan dapat menyebabkan frostbite (membekunya sebagian organ tubuh yang terpapar suhu dingin yang berlebihan) jika penggunaan kompres ice gel terlalu lama dan terus menerus selama >20 menit

3. Perlengkapan kompres dingin: Ice Gel

4. Prosedur pelaksanaan kompres dingin kala I fase aktif:

- a. Pasien yang mengalami nyeri pada kala I fase aktif pembukaan 4
- b. Siapkan ice gel yang sudah dibekukan dalam freezer selama 8 jam
- c. Mengukur intensitas nyeri dengan menggunakan skala Numerick Rating Scale, prosedurnya yaitu melihat dan mengisi lembar observasi
- d. Letakkan ice gel pada punggung bawah ibu tepatnya di L1-L5 dan abdomen bawah tepatnya di supra symphysis saat timbul his pada fase aktif kal I
- e. Ukur kembali skala nyeri setelah di beri kompes dingin
- f. Lakukan selama 10 menit dengan ice gel pada saat kontraksi dan posisi pasien semua miring ke kiri.