

Teknik Massage Effleurage Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri Persalinan Normal Pada Kala I Fase Aktif

Liana, SST., M.KM



Teknik Massage Effleurage Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri Persalinan Normal pada Kala I Fase Aktif

Liana, S.ST, M.KM



Penerbit NATURAL ACEH, Banda Aceh - Aceh

Teknik Massage Effleurage Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri Persalinan Normal pada Kala I Fase Aktif

© Liana

Penerbit NATURAL ACEH Jalan Tgk. Adee II, No. 8. Gp. Doy, Kec. Ulee Kareng,
Kota Banda Aceh 23117

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Natural Aceh, Banda Aceh, 2019.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun (seperti cetakan, fotokopi, microfilm, VCD, CD-ROM, dan rekaman suara) tanpa izin tertulis dari pemegang hak cipta/penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Buku Ajar “Teknik *Massage Effleurage* Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri Persalinan Normal Kala I Fase Aktif Pada Ibu *Primigravida*”.

Buku ajar ini disusun dengan tujuan menyediakan materi pembelajaran persalinan khususnya terhadap pengurangan rasa nyeri pada kala I yang relevan dengan adanya bukti penelitian ilmiah dan praktik klinik terbaru dimana bertujuan meningkatkan, memperluas pengetahuan serta keterampilan para pembacanya, dengan demikian diharapkan agar para pembaca buku ajar ini khususnya mahasiswi kebidanan dapat memanfaatkannya secara optimal serta sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan kebutuhan masyarakat sekarang.

Saya menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan buku ajar ini. Oleh karena itu, saya sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan untuk penulisan buku ajar berikutnya.

Saya mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu proses penyelesaian buku ajar ini, terutama keluarga dan teman seperjuangan di lingkungan tempat kerja. Semoga buku ajar ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
 BAB I PENDAHULUAN	
1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah.....	5
3. Metode Penelitian.....	6
 BAB II TINJAUAN TEORI	
1. Konsep Persalinan	7
2. Nyeri Persalinan	49
3. Nyeri Punggung	71
4. <i>Prenatal Massage</i>	73
5. <i>Massage Effleurage</i>	79
6. Teknik Relaksasi Nafas	86
7. Dukungan Keluarga	87
8. Komunikasi	95
9. Komunikasi Teraupetik	96
 BAB III PENUTUP	
1. Kesimpulan	103
 DAFTAR PUSTAKA	106

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Persalinan adalah rangkaian proses fisiologis yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses yang fisiologis pada umumnya dimulai dengan adanya kontraksi pada *miometrium* yang ditandai dengan perubahan progresif pada *servic* dan diakhiri dengan kelahiran *plasenta* (Varney, 2007). Adanya peningkatan aktivitas *miometrium* secara bermakna menyebabkan kontraksi menjadi teratur dan menimbulkan rasa nyeri (Handerson, 2005:89). Proses persalinan memiliki arti yang berbeda disetiap wanita, dengan belum adanya pengalaman akan memunculkan kecemasan dan ketakutan yang berlebih selama proses persalinan. Keadaan ini sering terjadi pada wanita yang pertama kali melahirkan (Wijaya dkk, 2014). Nyeri persalinan juga dapat menyebabkan timbulnya *hiperventilasi* sehingga kebutuhan oksigen meningkat, kenaikan tekanan darah, dan berkurangnya *motilitas* usus serta *vesicaurinaria*. Keadaan ini akan merangsang peningkatan *katekolamin* yang dapat menyebabkan gangguan pada kekuatan kontraksi *uterus* sehingga terjadi *inersiauteri*. Apabila nyeri persalinan tidak diatasi akan menyebabkan terjadinya partus lama (Llewlllyn, 2001).

Proses persalinan dipengaruhi tiga faktor berupa *passage* (jalan lahir), *passanger* (janin), *power* (kekuatan). Persalinan dapat berjalan dengan normal (*Euthocia*) apabila ketiga faktor terpenuhi dengan baik. Selain itu terdapat faktor lain yang mempengaruhi proses persalinan yaitu psikologis dan penolong (Rohani dkk, 2011). Pada ibu yang pertama kali menjalani proses persalinan akan takut, cemas, khawatir yang berakibat pada peningkatan nyeri selama proses persalinan dan dapat mengganggu jalan persalinan menjadi tidak lancar (Wijaya dkk, 2014). Sehingga dalam suatu persalinan seorang istri membutuhkan dukungan fisik maupun psikis

agar dapat meringankan kondisi psikologis ibuyang tidak stabil, peran suami sangat dibutuhkan selama proses persalinan.

Beberapa wujud nyata peran laki- laki saat istrinya melahirkan adalah memberikan dukungan berupa pendampingan selama proses persalinan terjadi, sehingga dapat mempermudah proses persalinan, memberikan perasaan nyaman, semangat, rasa percaya diri ibu meningkat, serta mengurangi tindakan medis. Dukungan seorang suami dalam proses persalinan merupakan sumber kekuatan yang tidak dapat diberikan oleh tenaga kesehatan. Dukungan suami berupa penguatan, memberikan semangat istri baik moral maupun material seperti memberikan dukungan fisik, psikologis, emosi, informasi, penilaian dan keuangan atau finansial (Marmi, 2012). Selain memberikan dukungan dan pendampingan peran seorang suami selama persalinan diantaranya mengambil keputusan tentang tempat pengiriman/ tempat rujukan persalinan, menyiapkan transportasi untuk menuju tepat persalinan dan juga yang terpenting adalah mengetahui akan komplikasi saat kehamilan dan persalinan (Iliyasuet *al*, 2010).

Kehadiran suami dalam mendampingi ibu saat bersalin sangat diharapkan untuk memberikan dukungan agar ibu yang sedang mengalami persalinan merasa aman, nyaman dan berbesar hati sehingga kelahiran akan berjalan lancar dan normal, selain itu kehadiran suami juga dapat mendekatkan hubungan keluarga (Sofyan, 2003 dalam Putri, 2013). Disebutkan oleh Grossman (1980) dalam Indriyani (2011) bahwa suami yang paling sering mendampingi ibu saat bersalin, sangat kecil kemungkinan gangguan emosional dan fisiknya, mempunyai pengaruh yang dominan terhadap proses persalinan yang aman, memperkecil komplikasi pada bayi yang dilahirkan ibu dan juga akan mempermudah persalinan. Peryataan ini didukung oleh penelitian Utami dan Maghfiroh tahun 2009 di Kuningan, bahwa rata-rata lama persalinan pada ibu *primigravida* yang didampingi oleh suami adalah 212,15 menit, sedangkan rata-rata lama persalinan pada ibu *primigravida* tanpa didampingi suami adalah 354,55 menit, hal ini menunjukkan bahwa kehadiran suami dapat membuat persalinan berlangsung lebih cepat. Penelitian Mahmuda, dkk pada bulan April tahun 2016 di

Pleret Bantul juga menunjukkan bahwa peran suami dalam memberikan dukungan moril kepada istri-istri mereka dalam proses persalinan tinggi sebanyak 81,3%.

Masalah yang paling umum terjadi pada ibu yang menghadapi proses persalinan tanpa adanya pendampingan yaitu ibu cenderung merasa tidak berdaya, rasa panik meningkat dan suami beresiko tidak dapat menempatkan *support* mereka, meningkatkan adanya tindakan medis (Nilsson *et al*, 2012). Selain itu ibu merasa takut, cemas dan peningkatan rasa nyeri saat proses persalinan mengakibatkan ibu akan menjadi lelah dan kehilangan kekuatan sehingga mengganggu jalan persalinan menjadi macet, seperti sungsang, *distosia* bahu, perpanjangan kala II, kontraksi lemah (Wijaya *dkk*, 2014). Oleh karena itu pendampingan suami selama proses persalinan sangat dibutuhkan ibu, terlebih pada ibu yang melahirkan anak pertama (*Primipara*). *Primipara* merupakan ibu yang baru pertama kali melahirkan dan belum memiliki pengalaman dalam persalinan sehingga tingkat kecemasannya relative lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang sudah pernah melahirkan (Primasnia *dkk*, 2013). Kecemasan ibu yang tinggi dapat berakibat pada bayi yaitu bayi prematur bahkan keguguran (Pezani & Asnindari, 2017). Pada ibu yang hamil pertamakali mayoritas tidak mengetahui bagaimana cara proses persalinan dengan lancar dan mudah sehingga menimbulkan perasaan cemas yang berlebih, terlebih bila tidak adanya dukungan dari suami maupun keluarga. Pemberian dukungan yang baik akan berguna bagi ibu bersalin dan anak yang dilahirkan dikarenakan proses kelahiran yang pendek (Shodiqoh & Syahrul, 2014). Pemberi dukungan yang tepat adalah seorang suami dikarenakan suami mampu mengendalikan diri dan istrinya dalam mengikuti anjuran petugas kesehatan sebagai pemimpin persalinan (Diponegoro & Hastuti, 2009).

Penelitian oleh Afritayeni (2017) yang meneliti tentang hubungan umur, paritas dan pendamping persalinan terhadap nyeri persalinan. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara usia dengan intensitas nyeri persalinan dengan $P \text{ Value} = 0.001$, ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan intensitas nyeri persalinan dengan $P \text{ Value} = 0.000$ dan ada hubungan yang

signifikan antara pendamping persalinan dengan intensitas nyeri persalinan dengan P Value = 0.023.

Nyeri pada persalinan apabila tidak diatasi maka akan meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan *stress*. Peningkatan konsumsi *glukosa* tubuh pada ibu bersalin yang mengalami *stress* menyebabkan kelelahan dan *sekresi katekolamin* yang menghambat kontraksi uterus, hal tersebut menyebabkan persalinan lama yang akhirnya menyebabkan cemas pada ibu, peningkatan nyeri dan *stress* berkepanjangan. Respon yang negatif terhadap sensasi rasa nyeri persalinan seperti berteriak dan melukai diri sendiri dapat menimbulkan cedera bagi kondisi ibu serta dapat mengurangi energi untuk persalinan. Selain itu, pada fase kala II persalinan dengan kondisi ibu yang energinya berkurang akan berdampak pada kemacetan proses persalinan kala II sehingga janin dapat mengalami kegawatan. Oleh karena itu respon rasa nyeri perlu segera ditangani yakni dengan manajemen sensasi rasa nyeri persalinan. Karena belum ada yang menggunakan atau mengetahui teknik untuk mengurangi sensasi rasa nyeri persalinan ini baik itu menggunakan metode farmatologi maupun nonfarmatologi. Penanganan sensasi rasa nyeri secara farmakologi biasanya menggunakan *analgetik*, *anestesi* dan *sedative*. Sedangkan secara nonfarmakologi metode yang dapat dilakukan melalui kegiatan tanpa obat antara lain dengan relaksasi, teknik pernafasan, pergerakan/perubahan posisi, hidroterapi, *akupressur*, kompres hangat, kompres dingin, *hypnobirthing*, *intradermal water block*, music dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), serta *massage efflurage*. *Massage* (pijatan) dapat digunakan selama persalinan dan mungkin merupakan tindakan pereda nyeri yang efektif. Teknik *massage* yang umumnya dilakukan adalah *efflurage* (bentuk *massage* dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah *sirkular* secara berulang) dan *conterpressure* (teknik pijatan kuat dengan cara meletakkan tumit tangan atau juga menggunakan bola tenis, tekanan dapat diberikan dalam gerakan lurus atau lingkaran kecil).

Peranan *Massage Effleurage* dan *Conterpressure Stimulation* kulit dengan kedua teknik ini menghasilkan *implus* yang dikirim lewat serabut saraf besar yang berada dipermukaan kulit, serabut saraf besar ini akan menutup gerbang pesan nyeri sehingga otak tidak menerima pesan nyeri karena sudah diblokir oleh stimulasi kulit dan dengan kedua teknik *massage* ini dapat mengaktifkan senyawa *endhorpin* yang berada di *sinaps* sel-sel saraf tulang belakang dan otak, sehingga *transmisi* dari pesan nyeri dapat dihambat, akibatnya persepsi nyeri akan berubah. Selain meredakan nyeri, teknik ini juga dapat mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi darah di area yang terasa nyeri (Yuliatun, 2008).

2. RUMUSAN MASALAH

Nyeri adalah bagian *integral* dari persalinan dan melahirkan (Melzack, 1984 dalam Mander, 2006). Intensitas nyeri persalinan pada setiap orang berbeda. Faktor yang menyebabkan persepsi nyeri pada persalinan meliputi rasa takut dan kecemasan yang tinggi, budaya melahirkan, posisi melahirkan, agama, persentasi janin, serta dukungan keluarga terutama suami (Hartanti, 2005). Dengan adanya dukungan dari suami, seorang ibu yang akan melahirkan akan merasa percaya diri dan tidak takut akan menghadapi proses persalinan (Maghfiroh, 2013). Banyak upaya yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri pada saat persalinan, salah satunya yaitu dengan terapi non farmakologi *massage effleurage*.

Massage effleurage merupakan sentuhan ringan yang dilakukan dibagian perut atau bagian tubuh lain selama kontraksi, sentuhan ringan ini dapat dilakukan oleh ibu saat merasakan nyeri atau bergantian dengan pasangannya (Murray & Huelsman, 2013). Fenomena masyarakat pada saat ini, kenyataannya masih banyak para ibu yang merasa takut untuk melahirkan secara normal atau spontan, ketakutan ini terjadi karena mendengar cerita-cerita yang tidak menyenangkan saat pertama kali merasakan proses melahirkan, dan masih kurangnya keterlibatan pendamping persalinan terutama suami untuk mendampingi saat persalinan karena hal-hal tertentu pada klinik atau rumah sakit tertentu. Berdasarkan fenomena yang terjadi diatas, maka peneliti ingin mengetahui efektifitas pemberian teknik *massage effleurage*

pengurangan rasa nyeri persalinan normal kala I fase aktif pada ibu primigravida di Bidan Praktik Mandiri (BPM) .

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *systematic review*. Sumber data penelitian ini berasal dari literatur yang diperoleh dari hasil penelitian (artikel penelitian) tentang teknik/metode pengurangan rasa nyeri dalam proses persalinan normal yang dipublikasikan di internet.

Pencarian literatur dilakukan secara komputerisasi dengan data base elektronik google scholar. Kata kunci pencarian antara lain persalinan, kontraksi, kebidanan, nyeri persalinan, pengobatan alternatif, komplementer, kedokteran, *hypnosis*, aromaterapi, *sterile water injection*, *inhaled analgesia*, TENS, relaksasi, kompres panas, kompres dingin, *epidurals*, *counter pressure*, *acupressure metacarpal*, *deep back massage*, *endorphin massage*, *hypnobirthing*, *hypnotherapy*, teknik *zilgrei*, teknik *kneading*, musik bali, musik jawa/gamelan, musik instrumental, musik klasik, musik religi, *murotal*, *effluerge*, teknik *Lamaze*, minuman jahe hangat, pernafasan lambat dan teknik *account*.

Setelah artikel tersebut ditemukan melalui pencarian google scholar selanjutnya dievaluasi sesuai kriteria yaitu teknik pengurangan rasa nyeri dalam proses persalinan dan ditelaah untuk di *review* sejumlah 17 artikel. Teori lain juga digunakan dalam penelitian ini untuk memperkuat alasan dari literatur yang dikaji. Analisis bivariat untuk melihat pengaruh/perbedaan teknik/metode yang digunakan dalam mengurangi rasa nyeri dalam proses persalinan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

1. Konsep Persalinan

a. Defenisi Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2005). Persalinan kala II adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan yang dimulai dengan pembukaan lengkap dari *serviks* dan berakhir dengan lahirnya bayi (Saifudin, 2007).

b. Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Ada 3 klasifikasi persalinan menurut Asrinah dkk (2010:2) berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1) Persalinan Normal (Spontan)

Adalah proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Persalinan Buatan

Adalah persalinan dengan tenaga dari luar dengan *ekstraksiforceps*, *ekstraksi vakum* dan *section cesaria*.

3) Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

c. Tanda - Tanda Permulaan Persalinan

Sejumlah tanda dan gejala memperingatkan yang akan meningkatkan kesiagaan bahwa seorang ibu sedang mendekati waktu persalinan. Ibu tersebut akan mengalami beberapa kondisi sebagai berikut (Farrer, 2001):

1) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian *presentasi* bayi ke dalam *pelvis minor*. Pada *presentasi sevalik*, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama *trimester* ketiga kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang besar di dalam *abdomen* atau untuk *ekspansi* paru. Namun, tetap saja *lightening* menimbulkan masa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian *presentasi* tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian *presentasi* pada struktur di area *pelvis minor*. Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu:

- a. Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk *ekspansi* berkurang.
- b. Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau perlu *defekasi*.
- c. Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan bagian *presentasi* pada *syaraf* yang menjalar melalui *foramen isiadikum* mayor dan menuju ke tungkai.
- d. Peningkatan *statis vena* yang menghasilkan *edema dependen* akibat tekanan bagian *presentasi* pada *pelvis minor* menghambat aliran balik daerah dari *eksremitas* bawah.

Lightening menyebabkan tinggi *fundus* menurun ke posisi yang sama dengan posisi *fundus* pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, tidak dapat lagi melakukan pemeriksaan *ballotte* terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakkan diatas *simpisis pubis* pada *palpasi abdomen*. Pada langkah keempat pemeriksaan *leopold* ini, jari-jari yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar.

2) Perubahan Serviks

Mendekati persalinan *serviks* menjadi matang, selama masa hamil *serviks* dalam keadaan menutup, panjang dan lunak. Selama proses persalinan *serviks* masih lunak dan mengalami sedikit penipisan *serviks* (*effacement*) dan kemungkinan sedikit *dilatasi*. *Evaluasi* kematangan *serviks* akan tergantung pada individu ibu dan *paritasnya*.

Perubahan *serviks* terjadi akibat peningkatan *intensitas kontraksi Braxton Hicks*. *Serviks* menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan *serviks* mengindikasikan kesiapan untuk persalinan.

3) Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari *kontraksi uterus* yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh *signifikan* terhadap *serviks*. *Kontraksi* pada persalinan palsu timbul akibat *kontraksi Braxton Hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak enam minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat timbul sehari-hari atau secara *intermiten* bahkan tiga atau empat minggu sebelum proses persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan ibu dapat mengalami kurang tidur dan kekurangan energi dalam menghadapinya.

4) Lonjakan Energi

Sebelum terjadi proses persalinan, ibu bersalin dalam waktu 24 jam atau 48 jam mengalami lonjakan energi selama alamiah. Hal ini dapat dimanfaatkan dalam proses persalinan.

5) Gangguan Saluran Cerna

Saat menjelang persalinan beberapa ibu hamil mengalami gejala seperti kesulitan mencerna, mual, dan muntah diduga hal-hal tersebut merupakan gejala menjelang persalinan.

d. Teori Penyebab Persalinan

1) Teori *Prostaglandin*

Kadar *Prostaglandin* dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga *aterm* meningkat, lebih-lebih sewaktu partus (Winkjosastro, 2012). *Prostaglandin* dapat memicu terjadinya persalinan (Manuaba, 2010).

2) Teori Rangsangan *Estrogen*

Villi koriales mengalami perubahan-perubahan ketika umur kehamilan mencapai 28 minggu akibat penuaan *plasenta*, sehingga kadar *estrogen* dan *progesterone* menurun (Winkjosastro, 2012).

3) Teori Reseptor *Oksitosin* dan Kontraksi *Braxton Hicks*

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise pars posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi *progesterone* akibat tuanya kehamilan maka *oksitosin* dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai (Manuaba, 2010).

4) Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan *iskemia* otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi *utero plasenta* dan mengakibatkan degenerasi (Manuaba, 2010).

5) Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh *Hippokrates* untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Winkjosastro, 2012).

e. Tahap Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2005), persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan *serviks* yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan

lengkap (10 cm) pada primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam (Varney, 2007). Terdapat 2 fase pada kala I yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten merupakan periode waktu dari awal persalinan hingga ketitik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Fase aktif merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Fase aktif dibagi dalam 3 fase antara lain fase *akselerasi* yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, fase *dilatasi* yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase *deselerasi* yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2005).

Terdapat 2 fase pada kala I, yaitu (Prawirohardjo, 2008):

a. Fase *Laten*

Merupakan periode waktu dari awal persalinan pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak *kontraksi* mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini *presentasi* mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

b. Fase Aktif

Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup *fase transisi*, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian *presentasi* janin yang *progresif* terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi dalam 3 fase, antara lain:

- (1) Fase *Akselerasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- (2) Fase *Dilatasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- (3) Fase *Deselerasi*, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

Pada kala II ini memiliki ciri khas:

- a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- d) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, *vulva* membuka dan *perineum* meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin.

Menurut Kismoyo (2014) lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- 1) Primipara kala II berlangsung sekitar 2 jam
- 2) Multipara kala II berlangsung sekitar 1 jam.

Pimpinan Persalinan :

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup; dengan sikap seperti di atas, tetapi badan miring ke arah dimana

punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas (JNPKR dan Depkes, 2002).

Menurut Depkes RI (2002), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin mengeran bersamaan terjadinya kontraksi, ibu merasakan peningkatan tekanan pada *rectum* atau *vaginanya*, *perineum* terlihat menonjol, *vulva vagina* dan *sfincter ani* terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah. Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* timbul rasa mencedan, karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, *vulva* membuka dan *perenium* merenggang. Dengan his mencedan yang terpimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi : 1½ - 2 jam, pada multi ½ - 1 jam (Mochtar, 2002).

3) Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Menurut Depkes RI (2002), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini:

- Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- Tali pusat memanjang
- Semburan dara tiba-tiba

Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam *vagina* akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas *simfisis* atau *fundus uteri*.

Tanda kala III terdiri dari 2 fase:

1) Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas:

a) *Schultze*

Data ini sebanyak 80% yang lepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi retrorplasenterhematoma yang menolak uri mula-mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

b) *Duncan*

Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%) darah akan mengalir semua antara selaput ketuban.

c) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta

2) Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

a) *Kustner*

Meletakkan tangan dengan tekanan pada / diatas *simfisis*, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

b) *Klien*

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas.

c) *Stratman*

Tegangan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

d) Rahim menonjol diatas *symfisis*

e) Tali pusat bertambah panjang

- f) Rahim bundar dan keras
- g) Keluar darah secara tiba-tiba

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Yaitu waktu setelah bayi lahir dan uri selama 1-2 jam dan waktu dimana untuk mengetahui keadaan ibu terutama terhadap bahaya pendarahan *postpartum*. Pengawasan kala IV ini dilakukan setelah ibu merasa nyaman. Pada 1 jam pertama, dilakukan pemeriksaan TTV setiap 15 menit sekali. Sedangkan pada 1 jam kedua dilakukan setiap 30 menit sekali.

f. Tanda-Tanda Persalinan

1) Terjadi *Lightening*

Menjelang minggu ke- 36, pada *primigravida* terjadi penurunan *fundus uteri* karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontraksi *Braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum*, gaya berat janin dimana kepala kearah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan: ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang. Sesak dibagian bawah, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering BAK (*follaksuria*) (Oktarina, 2016).

2) Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran *estrogen* dan *progesteron* makin berkurang sehingga *oksitosin* dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain: rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada *serviks* atau pembawa tanda, durasinya pendek. Tanda-tanda timbulnya persalinan (*inpartu*) adalah terjadinya his persalinan, keluarnya lendir bercampur darah *pervaginam* (*show*), kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, *dilatasi* dan *effacement*. *Dilatasi* adalah terbukanya *kanalis servikalis* secara berangsur-angsur akibat pengaruh his.

Effacement adalah pendataran atau pemendekkan *kanalis servikalis* yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya *ostium* yang tipis seperti kertas.

g. Faktor-Faktor Persalinan

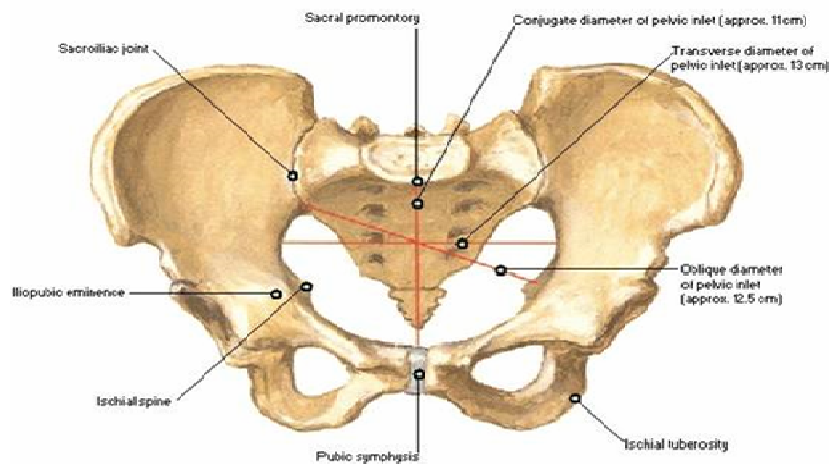
Menurut Mochtar (2006) faktor yang mempengaruhi persalinan diantaranya adalah sebagai berikut:

1) *Passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, *serviks* dan *vagina*. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa adanya rintangan maka jalan lahir tersebut harus normal (Winkjosastro, 2007 dalam Ilmi, 2015).

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

- Bagian keras: tulang-tulang panggul (rangka panggul)
- Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan dan *ligament-ligament*



Gambar : Panggul Wanita

- **Jalan Lahir Keras (Panggul)**

Panggul dibentuk oleh empat buah tulang yaitu: 2 tulang pangkal paha (*os coxae*) terdiri dari *os illium*, *os ischium* dan *os pubis*, 1 tulang kelangkang (*os sacrum*), dan 1 tulang tungging (*os cocygis*).

- a) *Os ilium/tulang usus*;

Ukurannya terbesar dibanding tulang lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul/*pelvis*. Pinggir atas *os ilium* yang tumpul dan menebal disebut *crista iliaka*. Bagian terdepan *Crista iliaka spina iliaka anterior posterior (SIAS)* dan beberapa sentimeter dibawahnya menonjol *spina iliaka anterior inferior (SIAI)*. Bagian paling belakang dari *crista iliaka anterior os ischium* terletak di bawah *os ilium*, pada bagian *posterior superior (SIPI)*. Lengkungan di bawah SIPI dinamakan *incisura ischiadika mayor*. Pada sisi dalam *os ilium* merupakan batas antara panggul *mayor* dan panggul *minor* dinamakan *incisura ischiadika mayor*. Pada sisi dalam *os ilium* merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan *linia innominata/linia terminalis*.

- b) *Os Ischium / Tulang Duduk*

Posisi *os ischium* di bawah *os ilium*, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan *spina ischiadika*. Lengkung dibawah *spina ischiadika* dinamakan *incisura ischiadika minor*, pada bagian bawah menebal, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan *tuber ischiadikum*.

- c) *Os Pubis / Tulang Kemaluan*

Membentuk suatu lubang dengan *os ischium* yaitu *foramen obturatorium*, fungsi didalam persalinan belum diketahui secara pasti. Di atas *foramen obturatorium* dibatasi oleh sebuah tangkai dari *os pubis* yang menghubungkan dengan *os ischium* disebut

ramus superior ossis pubis. Pada *ramus superior ossis pubis* kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan *pectin ossis pubis*. Kedua *ramus inferior ossis pubis* membentuk sudut yang disebut *arkus pubis*. Pada panggul wanita normal sudutnya tidak kurang dari 90°. Pada bagian atas *os pubis* terdapat tonjolan yang dinamakan *tuberculum pubic*.

d) *Os Sacrum* / Tulang Kelangkang

Bentuknya segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung dibawah: terdiri lima ruas yang bersatu, terletak diantara *os coxae* dan merupakan dinding belakang panggul. Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan *crista sakralia*. Permukaan depan membentuk cekungan disebut *arcus sakralia* yang melebar luas panggul kecil/*pelvis minor*. Dengan lumbal ke – 5 terdapat artikulasio *lumbo cakralis*. Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promontorium, dimana bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa dalam, berarti ada kesempitan panggul.

e) *Os Coccygis* / Tulang Ekor

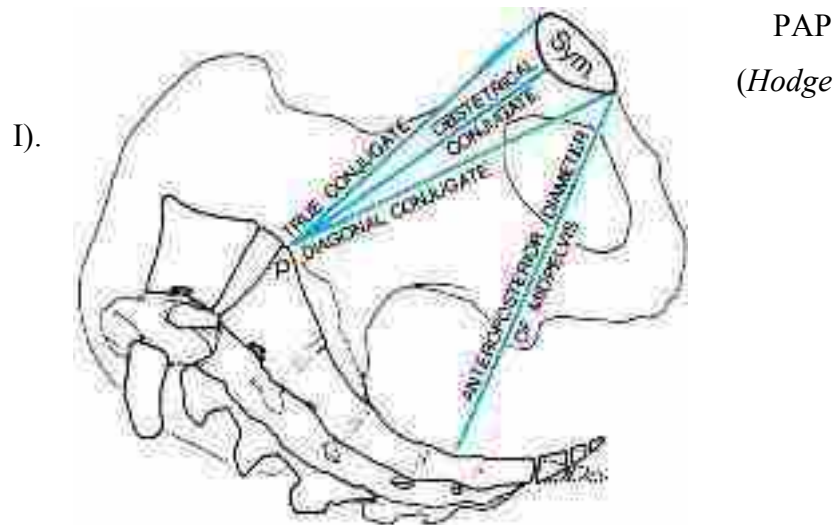
Dibentuk oleh 3 – 5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga. Pada kehamilan tahap akhir *koksigeum* dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah). Perhubungan tulang-tulang panggul: di depan panggul terdapat hubungan antara kedua *os pubis* kanan dan kiri disebut *simpisis pubis*. Di belaka terdapat *artikulasio artikulasio sakro-iliaka* yang menghubungkan *os sacrum* dan *os ilium*. Di bagian bawah panggul terdapat *artikulasio sakro koksigea* yang menghubungkan *os sacrum* dengan *os koksigis*.

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian:

- 1) Panggul palsu/*false pelvis (pelvis mayor)*, yaitu bagian pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
 - 2) Pintu Atas Panggul (PAP): bagian *anterior* pintu atas panggul, yaitu batas atas panggul sejati dibentuk oleh tepi atas tulang *pubis*. Bagian *lateral* dibentuk oleh *linea iliopektienia*, yaitu sepanjang tulang *inominata*. Bagian *posterior*nya dibentuk oleh bagian *anterior* tepi atas *sacrum* dan *promontorium sacrum*.
 - 3) Panggul sejati/ *true pelvis (pelvis minor)* Bentuk *pelvis* menyerupai saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan. *Pelvis minor* terdiri atas: pintu atas panggul (PAP) disebut *pelvic inlet*. Bidang tengah panggul terdiri dari bidang luas dan bidang sempit panggul.
 - 4) Rongga panggul Merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding *anterior* (depan) pendek dan dinding *posterior* jauh lebih cembung dan panjang. Rongga panggul melekat pada bagian *posterior simpisis pubis, ischium*, sebagian *ilium*, *sacrum* dan *koksigeum*.
 - 5) Pintu Bawah Panggul Yaitu batas bawah panggul sejati. Struktur ini berbentuk lonjong agak menyerupai intan, di bagian *anterior* dibatasi oleh lengkung *pubis*, dibagian lateral oleh *tuberositas ishium*, dan bagian posterior (belakang) oleh ujung *koksigeum*.
- f) Bidang *Hodge*
- Bidang *hodge* adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan

kepala melalui pemeriksaan dalam/*Vagina Toucher* (VT). Adapun bidang *hodge* sebagai berikut:

- 1) *Hodge I*: Bidang yang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promontorium*, *artikulasio sakro iliaca*, sayap *sacrum*, *linia inominate*, *ramus superior os pubis*, dan tepi atas *symfisis pubis*.
- 2) *Hodge II*: Bidang setinggi pinggir bawah *symfisis pubis* berhimpit dengan PAP (*Hodge I*).
- 3) *Hodge III*: Bidang setinggi *spina ischiadika* berhimpit dengan PAP (*Hodge I*)
- 4) *Hodge IV*: Bidang setinggi ujung *os coccygis* berhimpit dengan



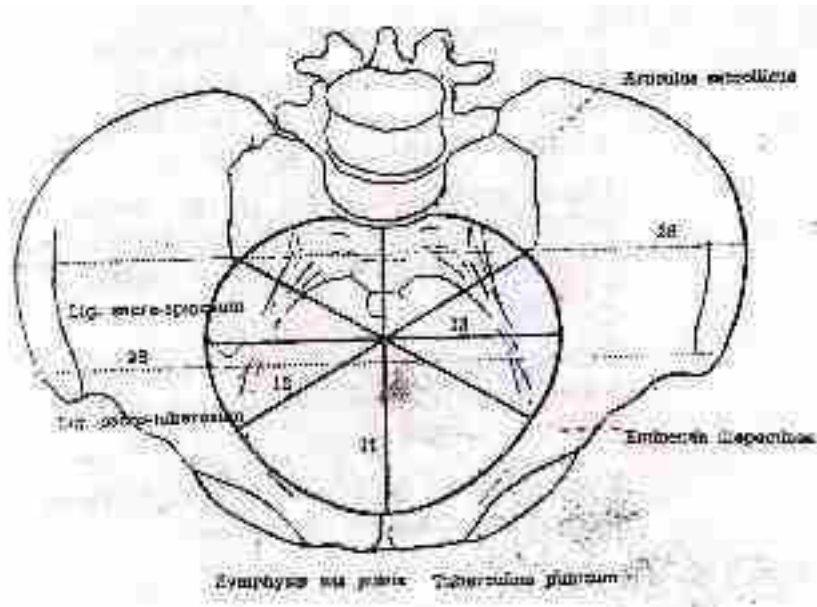
Gambar : Bidang Hodge

g) Ukuran-ukuran Panggul

- Panggul Luar

- a) *Distansia spinarum*: diameter antara dua *spina iliaca anterior superior* kanan dan kiri.: 24- 26 cm.
- b) *Distansia kristarum*: diameter terbesar kedua *crista iliaca* kanan dan kiri: 28-30cm.

- c) *Distansia boudeloque* atau *konjugata eksterna*: diameter antara *lumbal* ke-5 dengan tepi atas *symfisis pubis* 18-20 cm.
- d) Ketiga *distansia* ini diukur dengan jangka panggul.
- e) Lingkar panggul: jarak antara tepi atas *symfisis pubis* ke pertengahan antara *trochanter* dan *spina iliaca anterior superior* kemudian ke *lumbal* ke-5 kembali ke sisi sebaliknya sampai kembali ke tepi atas *symfisis pubis*. Diukur dengan *metlin*, berukuran normal 80-90 cm.
- Panggul Dalam
 - a) Pintu atas panggul
 - (1) *Konjugata vera* atau *diameter antero posterior* (depan-belakang) yaitu diameter antara *promontorium* dan tepi atas *symfisis* sebesar 11 cm. Cara pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh *konjugata diagonalis* yaitu jarak dari tepi bawah *symfisis pubis* ke *promontorium* (12,5 cm) dikurangi 1,5-2 cm.
 - (2) *Konjugata obstetrika* adalah jarak antara *promontorium* dengan pertengahan *symfisis pubis*.
 - (3) Diameter *transversa* (melintang), yaitu jarak terlebar antara ke dua *linia inominata* sebesar 13 cm.
 - (4) Diameter *oblik* (miring): jarak antara *artikulasio sakro iliaca* dengan *tuberkulum pubikum* sisi yang bersebelah sebesar 12 cm.



Gambar: Ukuran Panggul

b) Bidang Tengah Panggul

(1) Bidang luas panggul, terbentuk dari titik tengah *symfisis* pertengahan *acetabulum* dan ruas *sacrum* ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme turunnya kepala. Diameter *antero-posterior* 12,75 cm, diameter *transversa* 12,5

(2) Bidang sempit panggul, merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah *symfisis*, *spina ischiadika* kanan dan kiri, dan 1- 2 cm dari ujung bawah *sacrum*. Diameter *antero-posterior* sebesar 11,5 cm dan diameter *transversa* sebesar 10 cm.

c) Pintu Bawah Panggul

(1) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter *tuber ischiadikum*. Ujung segitiga

belakang pada ujung *os sacrum*, sedangkan ujung segitiga depan *arcus pubis*.

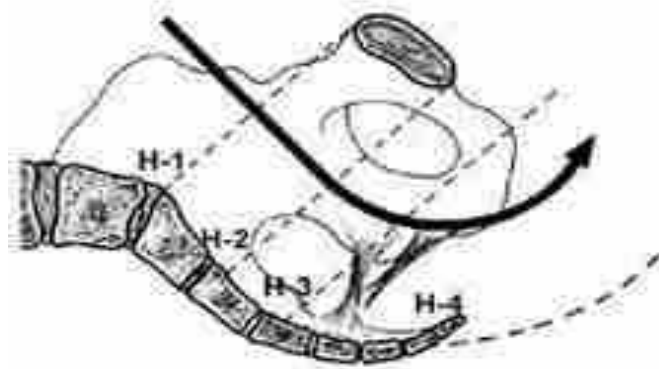
- (2) Diameter *antero-posterior* ukuran dari tepi bawah *symfisis* ke ujung *sacrum*: 11,5 cm.
- (3) Diameter *transversa*: jarak antara *tuber ischiadicum* kanan dan kiri: 10,5 cm
- (4) Diameter *sagitalis posterior* yaitu ukuran dari ujung *sacrum* ke pertengahan ukuran *transversa*: 7,5 cm.

- *Inklinatio Pelvis*

Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu. Pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat.

- Sumbu Panggul

Sumbu secara klasik garis yang menghubungkan titik persekutuan antara *diameter transversa* dan *konjugata vera* pada pintu atas panggul dengan titik sejenis di *hodge* II, III, dan IV. Sampai dekat *hodge* III sumbu itu lurus sejajar dengan *sacrum*, untuk seterusnya melengkung ke depan, sesuai dengan lengkungan *sacrum*.

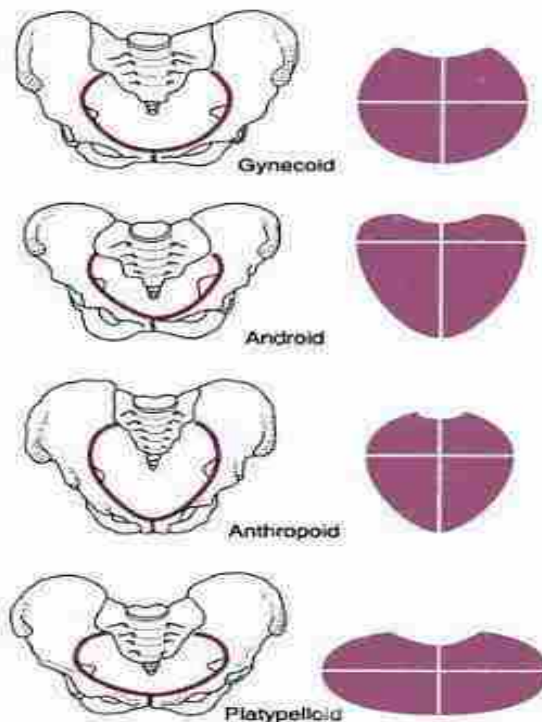


Diameter bidang pintu atas panggul tengah, pintu bawah dan sumbu jalan lahir menentukan mungkin tidaknya persalinan pervaginam berlangsung dan bagaimana janin dapat menuruni jalan lahir. *Sudut sub pubis* yang menunjukkan jenis lengkung pubis serta panjang *ramus pubis* dan diameter *intertuberositas*, merupakan bagian terpenting. Karena pada tahap awal janin harus melalui bagian bawah lengkung *pubis* maka sudut *subpubis* yang sempit kurang menguntungkan jika dibandingkan dengan lengkung yang bulat dan lebar.

h. Jenis Panggul Dasar

Jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) *Ginekoid* (tipe wanita klasik)
- 2) *Android* (mirip panggul pria)
- 3) *Anthropoid* (mirip panggul kera anthropoid)
- 4) *Platipeloid* (panggul pipih)



Tabel: Perbandingan Tipe Panggul

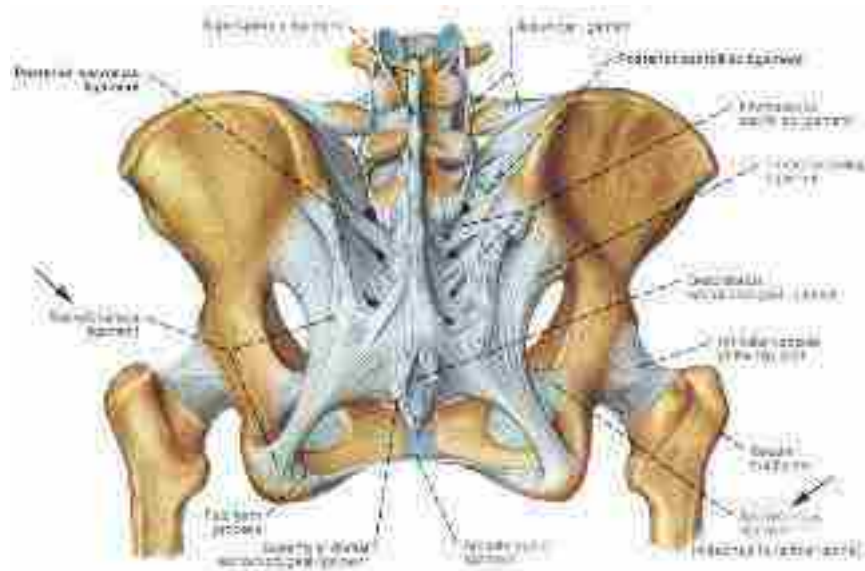
Bagian	<i>GINEKOID</i> (50% wanita)	<i>ANDROID</i> (23% wanita)	<i>ANTROPOID</i> (24% wanita)	<i>PLATYPELOID</i> (3% wanita)
Pintu atas	Sedikit lonjong atau sisi kiri dan kanan bulat	Berbentuk hati bersudut	<i>Oval anteroposterior</i> lebih besar	Sisi <i>anteroposterior</i> pipi, kanan-kiri lebar
Bentuk	Bulat	Hati	Oval	Pipih
Kedalaman	Sedang	Dalam	Dalam	Dangkal
Dinding Tepi	Lurus	<i>Convergen</i>	Lurus	Lurus
<i>Spina Ischiadia</i>	Tumpul, agak jauh terpisah	Menonjol diameter <i>interspinosa</i> sempit	Menonjol, diameter <i>interspinosa</i> seringkali sempit	Tumpul, terpisah jauh
<i>Sacrum</i>	Dalam, melengkung	Sedikit melengkung, bagian ujung sering bengkok	Sedikit melengkung	Sedikit melengkung
Lekung <i>subpubis</i>	Lebar	Sempit	Sempit	Lebar
Model persalinan yang biasa terjadi	Pervaginam Spontan Posisi <i>ocsipito anterior</i>	Sesaria Pervaginam sulit jika menggunakan <i>forsep</i>	<i>Forsep</i> /spontan dengan posisi <i>ocsipitoposterior</i> atau <i>ocsipitoanterior</i>	Spontan

Terkadang dijumpai bentuk panggul kombinasi dari keempat bentuk klasik tersebut, misalnya:

- Jenis *gineko-android*
- Jenis *gineko-antropoid*
- Kombinasi lainnya ada 14 jenis

- **Bagian Lunak Panggul**

- a. Tersusun atas *segmen* bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan *ligamentum* yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul:
 1. Permukaan belakang panggul dihubungkan oleh jaringan ikat antara *os sacrum* dan *ilium* dinamakan *ligamentum sacroiliaca posterior*, bagian depan dinamakan *ligamentum sacro iliaca anterior*.
 2. *Ligamentum* yang menghubungkan *os sacro tuber os sacrum* dan *spina ischium* dinamakan *ligamentum sacro spinosum*.
 3. *Ligamentum* antara *os sacrum* dan *os tuber iskhia* dinamakan *ligamentum sacro tuberosum*.
 4. Pada bagian bawah sebagai dasar panggul. *Diafragma pelvis* terdiri dari bagian otot disebut *muskulus levator ani*.
 5. Bagian membrane disebut *diafragma urogenetal*.
 6. *Muskulus levator ani* menyelubungi rectum, terdiri atas *muskulus pubo coccygeus*, *Musculus iliococcygeus* dan *muskulus ishio coccygeus*.
 7. Ditengah-tengah muskulus *pubococcygea* kanan dan kiri ada *hiatus urogenetalis* yang merupakan celah berbentuk segitiga. Pada wanita sekat ini dibatasi sekat yang menyelubungi pintu bawah panggul sebelah depan dan merupakan tempat keluarnya *uretra* dan *vagina*.
 8. Fungsi *diafragma pelvis* adalah untuk menjaga agar *genetalia interna* tetap pada tempatnya. Bila *musculus* ini menurun fungsinya, maka akan terjadi *prolaps* atau turunnya alat *genetalia interna*.



Gambar: Pelvis dan Ligaments

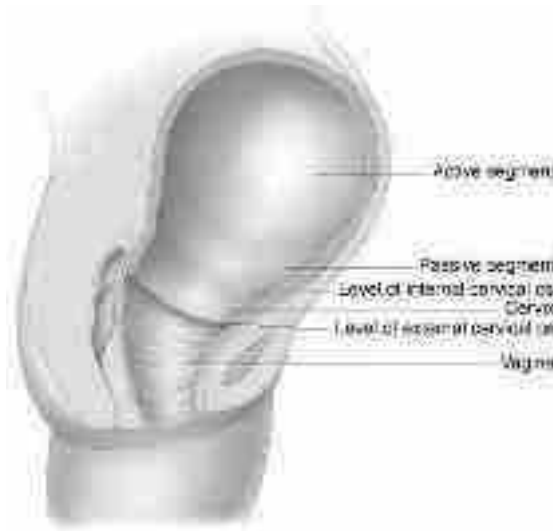
b. Perineum

Merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul, terdiri dari:

1. *Regio analis*, sebelah belakang. *Spincter ani eksterna* yaitu musculus yang mengelilingi anus.
2. *Regio urogenetalis* terdiri atas *musculus bulbo cavernosus*, *ischiocavernosus* dan *transversus perinei superficialis*.

2) *Power*

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga mengedan dari ibu. *Power* merupakan tenaga *primer* atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.



Gambar: His

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari:

a) His (Kontraksi Otot *Uterus*)

His adalah kontraksi otot *uterus* karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek, *cavum uteri* lebih kecil serta mendorong janin dan kantung *amnion* kearah *segmen* bawah rahim dan *serviks*.

(1) Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- (a) His pembukaan (kala I): menimbulkan pembukaan *serviks*, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (b) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (c) His pelepasan uri (kala III): kontraksi sedang untuk mengeluarkan plasenta.
- (d) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit, nyeri, terjadi pengecilan rahim, dalam beberapa jam atau hari.

- (2) Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin, hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah:
- (a) Frekuensi his: jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya per menit atau per 10 menit.
 - (b) Intensitas his: kekuatan his (adekuat atau lemah)
 - (c) Durasi (lama his): lamanya his setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misal 50 detik.
 - (d) Interval his: jarak antar his satu dengan his berikutnya, misal datangnya his tiap 2-3 menit.
 - (e) Datangnya his: apakah sering, teratur, atau tidak.
- (3) Perubahan-perubahan akibat his
- (a) Pada *uterus* dan *serviks*: *uterus* terasa keras karena kontraksi. *Serviks* tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga setiap muncul his, terjadi pendataran (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*) dari *serviks*.
 - (b) Pada ibu: rasa nyeri karena *iskemia* rahim dan kontraksi rahim, terdapat pula kenaikan denyut nadi dan tekanan darah.
 - (c) Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi *uteroplasenter* kurang, sehingga timbul *hipoksia* janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya *iskemia* fisiologis.
- (4) Pembagian His dibagi menjadi 5 (lima) yaitu:
- 1) His pendahuluan
 - 2) His pembukaan
 - 3) His pengeluaran (His mendedan) (Kala II)
 - 4) His pelepasan uri (Kala III)
 - 5) His pengiring (Kaala IV)

(5) His Palsu:

His palsu adalah kontraksi uterus yang tidak efisien atau *spasme* usus, kandung kencing dan otot-otot dinding perut yang terasa nyeri. His palsu timbul beberapa hari sampai satu bulan sebelum kehamilan cukup bulan. His palsu dapat merugikan yaitu dengan membuat lelah pasien sehingga pada waktu persalinan sungguhan mulai pasien berada dalam kondisi yang jelek, baik fisik maupun mental.

b) Tenaga Mengejan

Setelah *serviks* terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada *ekspulsi* janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan *intra-abdomen* yang diciptakan oleh kontraksi otot-otot *abdomen*. Dalam bahasa *obstetric* biasanya ini disebut mengejan. Sifat kekuatan yang dihasilkan mirip seperti yang terjadi pada saat buang air besar, tetapi biasanya intensitasnya jauh lebih besar.

Pada saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menutup *glotis*nya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan *diafragmanya* ke bawah.

Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, kalau pembukaan sudah lengkap dan paling efektif dilakukan sewaktu kontraksi *uterus*. Di samping itu, kekuatan-kekuatan tahanan mungkin ditimbulkan oleh otot-otot dasar panggul dan aksi *ligament*.

Pada masa sebelum ini, sebagian besar penolong persalinan akan segera memimpin persalinan dengan menginstruksikan untuk "menarik nafas panjang dan meneran" segera setelah pembukaan lengkap. Ibu dipimpin meneran selama 10 detik atau lebih (meneran dengan tenggorokan terkatu atau *maneuver Valsava*), tiga sampai empat kali setiap kontraksi. Hal ini ternyata akan mengurangi

pasokan oksigen ke bayi dengan ditandai adanya penurunan denyut jantung janin dan nilai APGAR lebih rendah dengan normal. Meneran seperti itu diatas, tidak menggambarkan penatalaksanaan fisiologis kala II. Pada penatalaksanaan fisiologis kala II, ibu memegang kendali dan mengatur saat meneran. Penolong persalinan hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar. Harap diingat bahwa sebagian besar daya dorong untuk melahirkan janin adalah dihasilkan dari kontraksi. Sehingga meneran hanya menambah daya kontraksi untuk mengeluarkan bayi. Cara meneran yang efektif adalah:

- a) Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiah kontraksi
- b) Beritahukan untuk meneran dengan tidak menahan nafas
- c) Minta ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat saat tidak kontraksi
- d) Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke dada dan dagu ditempelkan ke dada
- e) Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong pada saat meneran
- f) Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi. Dorongan fundus mengakibatkan *distosia* bahu dan rupture uteri.
- g) Kontraksi *diafragma pelvis* atau kekuatan mengedan
- h) Ketegangan dan *ligementivus action* terutama *ligamentum rotundum* (Manuaba, 2010).

3. Faktor *Passanger*

a) Janin

Bagian yang paling besar dan erat dari janin adalah kepala janin, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan (Winkjosastro, 2007 dalam Astika, 2013).

Postur Janin dalam Rahim

1. Sikap (*Habitual*)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap *fleksi*, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan *fleksi* serta lengan bersilang ke dada (Winkjosastro, 2007 dalam Astika, 2013).

2. Letak Janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, bias letak kepala atau letak sungsang (Winkjosastro, 2007 dalam Astika, 2013).

3. Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu dan sebagainya (Winkjosastro, 2007 dalam Astika, 2013).

4. Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kiri, kanan depan atau belakang terhadap sumbu ibu (*maternal pelvis*). Misalnya pada Letak Belakang Kepala (LBK), Uzun- Uzun Kecil (UUK) kiri atau kanan belakang (Winkjosastro, 2007 dalam Astika, 2013).

b) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau *passanger* yang menyertai pada persalinan Normal (Winkjosastro, 2007 dalam Astika, 2013).

c) Air Ketuban

Amnion pada kehamilan *aterm* merupakan suatu *membrane* yang kuat dan ulet tetapi lentur. *Amnion* adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang *membrane* janin dengan demikian membentuk komponen *amnion* yang mencegah *ruptura* atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan *amnion* dan juga disaat terjadinya *dilatasi servik* atau pelebaran muara dan saluran *servik* yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan *amnion* selama ketuban masih utuh.

Fungsi air ketuban:

a. Saat Hamil

- Memberikan kesempatan berkembangnya janin dengan bebas ke segala arah
- Menyebarkan tekanan bila terjadi trauma langsung
- Sebagai penyangga terhadap panas dan dingin
- Menghindari trauma langsung terhadap janin

b. Saat Bersalin

- Menyebarkan kekuatan his sehingga *serviks* dapat membuka
- Membersihkan jalan lahir karena kemampuan sebagai *desinfektan*
- Sebagai *pelican* saat persalinan

c. *Faal* Air Ketuban

- Untuk proteksi janin
- Mencegah perlekatan janin dengan *amnion*
- Agar janin dapat bergerak dengan bebas
- *Regulasi* terhadap panas dan perubahan suhu
- Menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan kemudian dikeluarkan melalui kencing janin.

Peredaran air ketuban terjadi antara lain janin menelan air ketuban kemudian dikeluarkan melalui kencing. Apabila janin tidak menelan air ketuban maka terjadilah *hidramnion*. *Hidramnion* dapat juga disebabkan oleh:

- a. *Anensefalus*
- b. *Spina bifida*
- c. *Korioangioma*
- d. *Agenesis* ginjal bawaan

Air ketuban yang normal : 1000-1500 ml, warna agak keruh, dengan bau khas. Bila air ketuban keruh, berarti karena tercampur *meconium*.

2. Faktor Psikis (Psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Dukungan psikologis berupa mengupayakan terciptanya rasa aman dan nyaman dengan memberikan sentuhan, penanganan nyeri non farmakologi dan berada di sisi ibu yang melahirkan. Upaya ini akan membuat persalinan menjadi lebih mudah (Sumarah, 2009 dalam Ilmi, 2015).

Psikologis meliputi:

1. Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual
2. Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya

3. Kebiasaan adat
4. Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
3. Faktor Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Proses ini tergantung dari kemampuan atau keahlian dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Herlina, 2010 dalam Ilmi, 2015).

a) Mekanisme Persalinan

1) *Engagement*

Apabila diameter *biparietal* kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul. Pada kebanyakan wanita *primipara*, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot *abdomen* masih tegang, sehingga bagian presentasi terdorong kedalam panggul (Pilliteri, 2007).

2) Penurunan

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan, yaitu tekanan dari cairan *amnion*, tekanan langsung kontraksi *fundus* pada janin dan kontraksi *diafragma* dan otot-otot *abdomen* ibu pada tahap kedua persalinan. Efek ketiga kekuatan itu dimodifikasi oleh ukuran dan bentuk bidang panggul ibu dan kapasitas kepala janin untuk bermolase.

Tingkat penurunan diukur menggunakan stasiun bagian presentasi. Laju penurunan meningkat pada tahap kedua persalinan. Pada kehamilan pertama, penurunan berlangsung lambat, tetapi kecepatannya sama. Pada kehamilan berikutnya, penurunan dapat berlangsung cepat. Kemajuan penurunan bagian presentasi dapat diketahui melalui *palpasi abdomen* (perasat *leopold*) dan periksa dalam sampai bagian presentasi terlihat pada *introitus* (Pilliteri, 2007).

3) *Fleksi*

Segera setelah kepala yang turun tertahan oleh *serviks*, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal *fleksi* terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin. Dengan *fleksi*, *sukosipitobregmatika* yang berdiameter lebih kecil (9,5 cm) dapat masuk kedalam pintu bawah panggul (Pilliteri, 2007).

4) Putaran Paksi Dalam

Pintu atas panggul ibu memiliki bidang paling luas pada diameter *transversnya*. Dengan demikian, kepala janin melalui pintu atas dan masuk kedalam panggul sejati dengan posisi *oksipitotransversa*. Akan tetapi, bidang pintu bawah panggul yang terluas ialah diameter *anteroposterior*. Supaya dapat keluar, kepala janin harus berotasi (berputar pada sumbunya). Putaran paksi dalam dimulai pada bidang tinggi *spina iskiadika*, tetapi putaran ini belum selesai sampai bagian presentasi mencapai panggul bagian bawah. Ketika *oksiput* berputar ke arah *anterior*, wajah berputar ke arah *posterior*. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan oleh tulang panggul dan otot-otot dasar panggul. Akhirnya *oksiput* berada digaris tengah dibawah lengkung *pubis*. Kepala hampir selalu berputar saat mencapai dasar panggul. Baik *muskulus levator ani* maupun tulang panggul penting untuk putaran *anterior* (Pilliteri, 2007).

5) *Ekstensi*

Saat kepala janin mencapai *perineum*, kepala akan *defleksi* ke arah *anterior* oleh *perineum*. Mula-mula *oksiput* melewati permukaan bawah *simfisis pubis*, kemudian kepala muncul keluar akibat *ekstensi*: pertama *oksiput*, kemudian wajah dan dagu (Pilliteri, 2007).

6) *Restitusi* dan Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, bayi berputar sehingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Gerakan ini dikenal sebagai

restitusi. Putaran 45 derajat membuat kepala janin kembali sejajar dengan punggung dan bahunya. Dengan demikian, kepala dapat terlihat berputar lebih lanjut. Putaran paksi luar terjadi saat bahu *engaged* dan turun dengan gerakan yang mirip dengan gerakan kepala. Seperti telah diketahui, bahu anterior turun terlebih dahulu. Ketika ia mencapai pintu bawah, bahu berputar ke arah garis tengah dan dilahirkan di bawah lengkung *pubis*. Bahu *posterior* diarahkan ke arah *perineum* sampai ia bebas keluar dari *introitus vagina* (Pilliteri, 2007).

7) *Ekspulsi*

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang *pubis* ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan *fleksi lateral* ke arah *simfisis pubis*. Ketika seluruh tubuh bayi keluar, persalinan selesai. Ini merupakan akhir tahap kedua persalinan dan waktu saat tubuh bayi keluar seluruhnya, dicatat dalam catatan medis (Pilliteri, 2007).

8) *Partograf*

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan *serviks* melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Depkes RI, 2007).

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan.
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.

- e. Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu

Penggunaan Partograf

1. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
2. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obgin, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).
4. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Prawirohardjo, 2002).

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

1. Denyut jantung janin setiap 1/2 jam
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1/2 jam
3. Nadi setiap 1/2 jam
4. Pembukaan serviks setiap 4 jam
5. Penurunan kepala setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
7. Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

1. Informasi tentang ibu:
 - Nama, umur.
 - *Gravida, para, abortus* (keguguran).
 - Nomor catatan medis/nomor puskesmas.
 - Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
 - Waktu pecahnya selaput ketuban.
2. Kondisi janin
 - Warna dan adanya air ketuban
 - Penyusupan (*molase*) kepala janin
3. Kemajuan persalinan
 - Pembukaan *serviks*
 - Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - Garis waspada dan garis bertindak
4. Jam dan waktu
 - Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
5. Kontraksi *uterus*
 - frekuensi dan lamanya
6. obat-obatan dan cairan yang diberikan
 - *oksitosin*
 - obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
7. Kondisi ibu
 - Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh
 - *Urin* (volume, *aseton* atau *protein*)
8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

Mencatat temuan partograf

1) Informasi tentang Ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: "jam" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2) Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom, lajur dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan Denyut Jantung Janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

a. Denyut Jantung Janin (DJJ)

- Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian Pemeriksaan fisik, nilai dan catat Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus.
- Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160. Untuk tindakan-tindakan segera yang harus dilakukan jika DJJ melampaui kisaran normal ini. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi partograf.

b. Warna dan Adanya Air Ketuban

- Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:
 - a. U : Ketuban utuh (belum pecah)
 - b. J : Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
 - c. M : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium
 - d. D : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
 - e. K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban ("kering")
 - *Mekonium* dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin < 100 atau >180 kali per menit), ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.
- c. *Molase* (Penyusupan Kepala Janin)
- Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya *disproporsi* tulang panggul (CPD). Ketidakmampuan akomodasi akan benar-benar terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan.

- Apabila ada dugaan *disproporsi* tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan tanda-tanda *disproporsi* tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai.
- Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Catat temuan di kotak yang sesuai (Gambar 2-6) di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:
 1. 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
 2. 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
 3. 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan
 4. 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi *serviks*. Masing-masing angka mempunyai lajur dan kotak tersendiri. Setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan *serviks*. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur diatasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

a. Pembukaan *Serviks*

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian Pemeriksaan Fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan *serviks*

setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b. Penurunan Bagian Terbawah atau Presentasi Janin

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian Pemeriksaan fisik di BAB ini. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin.

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm.

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet, dll.).

Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawat daruratan obstetri.

Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

4) Jam dan Waktu

a. Waktu Mulainya Fase Aktif Persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan *serviks* dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b. Waktu Aktual Saat Pemeriksaan Dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya.

Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatlah pembukaan *serviks* di garis waspada.

Kemudian catatlah waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00, tuliskan tanda "X" di garis waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dari kiri).

5) Kontraksi *Uterus*

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba

dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

6) Obat - Obatan yang Diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV

a. *Oksitosin.*

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksit-tosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

b. Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7) Kesehatan dan Kenyamanan Ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu.

a. Nadi, Tekanan Darah dan Temperatur Tubuh

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

1. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yangsesuai)

2. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.
3. Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

b. Volume *Urin*, *Protein* atau *Aseton*

Ukur dan catat jumlah produksi *urin* ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya *aseton* atau *protein* dalam *urin*.

8) Asuhan, Pengamatan dan Keputusan Klinik Lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup:

1. Jumlah cairan per *oral* yang diberikan.
2. Keluhan sakit kepala atau pengelihatan (pandangan) kabur.
3. Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (Obgin, bidan, dokter umum).
4. Persiapan sebelum melakukan rujukan.
5. Upaya Rujukan.

Pencatatan Pada Lembar Belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala

IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai Catatan Persalinan.

Nilai dan catatka asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala empat untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai.

Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan *pascapersalinan*). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai/memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang dan bersih aman.

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut:

1. Data dasar
2. Kala I
3. Kala II
4. Kala III
5. Bayi baru lahir
6. Kala IV

Cara Pengisian:

Berbeda dengan halaman depan yang harus diisi pada akhir setiap pemeriksaan, lembar belakang partograf ini diisi setelah seluruh proses persalinan selesai. Adapun cara pengisian catatan persalinan pada lembar belakang partograf secara lebih terinci disampaikan menurut unsur-unsurnya sebagai berikut.

1) Data Dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

2) Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut.

3) Kala II

Kala II terdiri dari *episiotomi*, pendamping persalinan, gawat janin, *distosia* bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya.

4) Kala III

Kala III terdiri dari lama kala III, pemberian *oksitosin*, penegangan tali pusat terkendali, pemijatan *fundus*, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir > 30 menit, *laserasi*, *atonie uteri*, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya, isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

5) Bayi Baru Lahir

Informasi tentang bayi baru lahir terdiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda ada kotak di samping jawaban yang sesuai.

6) Kala IV

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi *fundus*, kontraksi *uterus*, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat risiko atau terjadi perdarahan pascapersalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan (Depkes RI, 2007).

2. Nyeri Persalinan

a. Pengertian

Rasa nyeri pada persalinan disebabkan oleh kombinasi peregangan *segmen* bawah rahim (selanjutnya *serviks*) dan *iskemia* (*hipoksia*) otot-otot rahim. Reaksi terhadap nyeri merupakan respons yang sifatnya sangat individual. Reaksi ini tergantung pada kepribadian, kondisi emosional serta tingkat pemahaman pasien, latar belakang kultural, keluarga serta pendidikannya, dan pengalaman sebelumnya (Farrer, 2001). Pada kala satu persalinan, nyeri timbul akibat pembukaan *servik* dan kontraksi *uterus*. Sensasi nyeri menjalar melewati *syaraf simposis* yang memasuki *modula spinalis* melalui *segmen posterior syaraf spinalis torakalis* 10, 11 dan 12. Penyebaran nyeri pada kala satu persalinan adalah nyeri punggung bawah yang dialami ibu disebabkan oleh tekanan kepala janin terhadap tulang belakang, nyeri ini tidak menyeluruh melainkan nyeri disuatu titik. Akibat penurunan janin, lokasi nyeri punggung berpindah ke bawah, ke tulang belakang bawah serta lokasi denyut jantung janin berpindah ke bawah pada *abdomen* ibu ketika terjadi penurunan kepala (Mander, 2003) Stimulus nyeri dalam persalinan tidak dapat dihilangkan, kecuali jika dilakukan *sectio caesaria* yang akan menghentikan proses persalinan. Beberapa *abnormalis*

seperti *malpresentasi*, dapat meningkatkan atau memperpanjang stimulus tersebut sehingga menambah potensi keluhan nyeri. Ambang nyeri dalam persalinan dapat diturunkan oleh rasa takut, kurangnya pengertian, dan berbagai permasalahan jasmani (demam, kelelahan, *asidosis dehidrasi*, ketegangan (Farrer, 2001).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial, disamping itu nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya potensial (Bare, 2008). Sedangkan menurut Berman, dkk (2011) nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat di ungkapkan kepada orang lain. Nyeri menurut *International Association For Study Of Pain* (IASP) yang dikutip oleh adalah suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan.

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi *uterus*, *dilatasi* dan penipisan *serviks*, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter *pupil* dan ketegangan otot (Arifin et al., 2015). Menurut Cunningham (2013) nyeri persalinan sebagai kontraksi *miometrium*, merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu.

b. Klasifikasi Nyeri

(1) Berdasarkan Lokasi / Letak

a. *Cutaneus / Superfisial*

Yaitu nyeri yang mengenai kulit/ jaringan *subkutan*. Biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contoh: Terkena ujung pisau atau gunting, jarum suntik.

b. *Deep Somatic* / Nyeri Dalam

Yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, *tendon* dan syaraf, nyeri menyebar dan lebih lama daripada *cutaneus*. Contoh: Sensasi pukul, sensasi terbakar misalnya *ulkus* lambung.

c. Nyeri Alih

Merupakan fenomena umum dalam nyeri *viseral* karena banyak organ tidak memiliki reseptor, biasanya nyeri terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contoh : *Infark miokard* yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, dan bahu kiri, batu empedu yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. Radiasi

Sensasi nyeri meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Biasanya nyeri terasa seakan menyebatr ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Nyeri dapat menjadi *intermitten* atau konstan. Contoh : Nyeri punggung bagian bawah akibat *diskus intravetebral* yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf *skiatik*.

(2) Berdasarkan Penyebabnya

a. Fisik : Bisa terjadi karena stimulus fisik (contoh: fraktur femur).

b. *Psycogenic*

Terjadi karena sebab yang kurang jelas/susah diidentifikasi, bersumber dari emosi/psikis dan biasanya tidak disadari. (contoh: orang yang marah-marah, tiba - tiba merasa nyeri pada dadanya), biasanya nyeri terjadi karena perpaduan 2 sebab tersebut.

(3) Berdasarkan Lama/Durasinya

Menurut Smeltzer (2001), nyeri diklasifikasikan berdasarkan durasinya yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan kumpulan pengalaman yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan sensori, persepsi dan emosi serta berkaitan dengan respon autonomi psikologi dan perilaku. Nyeri akut merupakan peristiwa yang baru, tiba-tiba dan durasinya singkat. Disamping itu nyeri ini dapat diidentifikasi, rasa nyerinya dapat berkurang atau hilang, sifatnya jelas dan mungkin sekali untuk berakhir atau hilang dalam batas nyeri sedang sampai berat, dan durasinya kurang dari 6 bulan. Contoh aktual nyeri akut adalah nyeri pasca bedah, nyeri akibat prosedur pengobatan atau trauma dan nyeri oleh karena adanya penyakit yang bersifat aktual.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah situasi atau keadaan pengalaman nyeri yang menetap atau kontinyu selama beberapa bulan atau tahun setelah fase penyembuhan dari suatu penyakit atau injuri. Karakteristiknya adalah nyeri dalam skala berat, dan intensitas nyeri sukar diturunkan.

c. Proses Terjadinya Nyeri atau Mekanisme Nyeri

Ada empat tahapan terjadinya nyeri:

1) *Transduksi*

Transduksi merupakan proses dimana suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. *Stimuli* ini dapat berupa *stimuli* fisik (tekanan), suhu (panas) atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologis karena mediator-mediator nyeri mempengaruhi juga *nosiseptor* diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas. Selanjutnya terjadi proses *sensitisasi perifer* yaitu menurunnya nilai ambang rangsang *nosiseptor* karena pengaruh mediator-mediator tersebut di atas dan penurunan pH jaringan. Akibatnya nyeri dapat timbul karena rangsang yang sebelumnya tidak menimbulkan nyeri misalnya rebahan. *Sensitisasi perifer*

ini mengakibatkan pula terjadinya sensitisasi sentral yaitu *hipereksitabilitas neuron* pada *spinalis*, terpengaruhnya *neuron simpatis* dan perubahan *intraseluler* yang menyebabkan nyeri dirasakan lebih lama. Rangsangan nyeri diubah menjadi *depolarisasi membrane reseptor* yang kemudian menjadi impuls syaraf.

2) *Transmisi*

Transmisi merupakan proses penyampaian *impuls* nyeri dari *nosiseptor* saraf *perifer* melewati *kornu dorsalis*, dari *spinalis* menuju *korteks serebri*. *Transmisi* sepanjang *akson* berlangsung karena proses *polarisasi*, sedangkan dari *neuron presinaps* ke pasca *sinaps* melewati *neurotransmitter*.

3) *Modulasi*

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Hambatan terjadi melalui sistem *analgesia endogen* yang melibatkan bermacam-macam *neurotransmitter* antara lain *endorphin* yang dikeluarkan oleh sel otak dan *neuron* di *spinalis*. Impuls ini bermula dari area *periaqueductuagrey* (PAG) dan menghambat *spinalis*. *Modulasi* nyeri dapat timbul di *nosiseptor perifer* *medulla spinalis* atau *supraspinalis*.

4) *Persepsi*

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima. Rekonstruksi merupakan hasil interaksi sistem saraf *sensoris*, informasi kognitif (*korteks serebri*) dan pengalaman emosional (*hipokampus dan amigdala*). Persepsi menentukan berat ringannya nyeri yang dirasakan.

d. Fisiologi Nyeri Persalinan

Sensasi nyeri dihasilkan oleh jaringan serat *saraf* kompleks yang melibatkan sistem *saraf perifer* dan *sentral*. Nyeri persalinan, sistem *saraf*

otonom dan terutama *komponen simpatis* juga berperan dalam sensasi nyeri (Mander, 2003).

1) *Sistem Saraf Otonom*

- a. *Sistem saraf otonom* mengontrol aktifitas otot *polos* dan *viseral*, *uterus* yang dikenal sebagai *sistem saraf involunter* karena organ ini berfungsi tanpa kontrol kesadaran. Terdapat dua komponen yaitu *sistem simpatis* dan *parasimpatis*. *Saraf simpatis* menyuplai *uterus* dan membentuk bagian yang sangat penting dari *neuroanatomi* nyeri persalinan.
- b. *Neuron aferen mentransmisikan* informasi dari rangsang nyeri dari *sistem saraf otonom* menuju *sistem saraf pusat* dari *visera* terutama melalui *serat saraf simpatis*. *Neuron aferen somatic* dan *otonom bersinaps* dalam *region kornu dorsalis* dan saling mempengaruhi, menyebabkan fenomena yang disebut nyeri alih. Nyeri ini adalah nyeri yang paling dominan dirasakan selama bersalin terutama selama kala I (Mander, 2003).
- c. *Neuron aferen otonom* berjalan ke atas melalui *medulla spinalis* dan batang otak berdampingan dengan *neuron aferen somatik*, tetapi walaupun sebagian besar *serat aferen somatic* akhirnya menuju *thalamus*, banyak *aferen otonom* berjalan menuju *hipotalamus* sebelum menyebar ke *thalamus* dan kemudian terakhir pada *kortek serebri*.
- d. Gambaran yang berada lebih lanjut dari *sistem saraf otonom* adalah fakta bahwa *neuron aferen* yang keluar dari *sistem saraf pusat* hanya melalui tiga *region*, yaitu : 1) Dalam otak (*nervus kranialis* III, VII, IX dan X); 2) Dalam *region torasika* (T1 sampai T12, L1 dan L2); 3) *Segmen sakralis* kedua dan ketiga *medulla spinalis*.

2) Saraf Perifer Nyeri Persalinan

Selama kala I persalinan, nyeri diakibatkan oleh *dilatasi servik* dan *segmen* bawah uterus dan *distensi korpus uteri*. *Intensitas* nyeri selama kala ini diakibatkan oleh kekuatan *kontraksi* dan tekanan yang dibangkitkan. Hasil temuan bahwa tekanan cairan *amnion* lebih dari 15 mmHg di atas *tonus* yang dibutuhkan untuk meregangkan *segmen* bawah uterus dan *servik* dan dengan demikian menghasilkan nyeri. Nyeri ini dilanjutkan ke *dermaton* yang *disuplai* oleh *segmen medulla spinalis* yang sama dengan *segmen* yang menerima *input nosiseptif* dari uterus dan *serviks* (Mander, 2003).

Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan *jaringan* misalnya pada *perineum* dan tekanan pada *otot skelet perineum*. Di sini, nyeri diakibatkan oleh rangsangan *struktur somatik superfisial* dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan *terlokalisasi*, terutama pada daerah yang *disuplai* oleh *saraf pudendus*.

3) Nyeri Alih

Fenomena nyeri alih menjelaskan bagaimana nyeri pada suatu organ yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dirasakan seolah-olah nyeri ini terjadi pada organ yang letaknya jauh. Kasus yang kurang jelas adalah nyeri selama kala I persalinan yang diperantarai oleh *distensi mekanis segmen* bawah uterus dan serviks, tetapi nyeri tersebut dialihkan ke abdomen, punggung bawah, dan *rectum*. *Serat nosiseptif* dari organ *viseral* memasuki *medulla spinalis* pada tingkat yang sama dengan *saraf aferan* dari daerah tubuh yang dialihkan sehingga serta *nosiseptif* dari uterus berjalan menuju *segmen medulla spinalis* yang sama dengan *aferen somatik* dari abdomen, punggung bawah, dan *rektum*.

e. Dampak Nyeri Persalinan

Persalinan umumnya disertai dengan adanya nyeri akibat *kontraksi uterus*. *Intensitas* nyeri selama persalinan dapat mempengaruhi proses persalinan, dan kesejahteraan janin. Nyeri persalinan dapat merangsang pelepasan *mediator kimiawi* seperti *prostaglandin*, *leukotrien*, *tromboksen*, *histamin*, *bradikinin*, *substansi P*, dan *serotonin*, akan membangkitkan stres yang menimbulkan *sekresi hormon* seperti *katekolamin* dan *steroid* dengan akibat *vasokonstriksi* pembuluh darah sehingga *kontraksi uterus* melemah. *Sekresi hormon* tersebut yang berlebihan akan menimbulkan gangguan *sirkulasi uteroplasenta* sehingga terjadi *hipoksia janin* (Farrer, 2001).

Nyeri persalinan dapat menimbulkan *stres* yang menyebabkan pelepasan *hormon* yang berlebihan seperti *katekolamin* dan *steroid*. *Hormon* ini dapat menyebabkan terjadinya ketegangan *otot polos* dan *vasokonstriksi* pembuluh darah. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan *kontraksi uterus*, penurunan *sirkulasi uteroplasenta*, pengurangan aliran darah dan *oksigen ke uterus*, serta timbulnya *iskemia uterus* yang membuat *impuls* nyeri bertambah banyak (Farrer, 2001).

Nyeri persalinan juga dapat, menyebabkan timbulnya *hiperventilasi* sehingga kebutuhan *oksigen* meningkat, kenaikan tekanan darah, dan berkurangnya *motilitas usus* serta *vesika urinaria*. Keadaan ini akan merangsang peningkatan *katekolamin* yang dapat menyebabkan gangguan pada kekuatan *kontraksi uterus* sehingga terjadi *inersia uteri*. Apabila nyeri persalinan tidak *diatasi* akan menyebabkan terjadinya *partus lama* (Llewellyn, 2003).

f. Fisiologi Nyeri Persalinan Kala I

Selama kala I persalinan, nyeri diakibatkan oleh dilatasi *serviks* dan *segmen bawah uterus* dan *distensi korpus uteri* (Bonica & Chadwick, 1989 dalam Mander, 2006). *Intensitas* nyeri selama kala ini diakibatkan oleh

kekuatan kontraksi dan tekanan yang dibangkitkan. Nyeri ini dialihkan ke *dermatom* yang disuplai oleh *segmen medulla spinalis* yang sama dengan *segmen* yang menerima input *nosiseptif* dari *uterus* dan *serviks*. *Dermatom* adalah daerah tubuh yang dipersarafi oleh saraf *spinalis* khusus, misalnya *dermatom* 12 mengacu pada *dermatom torasikus* ke 12 (T12). Nyeri dirasakan sebagai nyeri tumpul yang lama pada awal kala I dan terbatas pada *dermatomtorasikus* 11 (T11) dan 12 (T12). Kemudian pada kala I persalinan, nyeri pada *dermatom* T11 dan T12 menjadi lebih berat, tajam dan menyebar ke *dermatom* T10 dan L1. Penurunan kepala janin memasuki pelvis pada akhir kala I menyebabkan *distensi struktur pelvis* dan tekanan pada *radiks pleksus lumbosakralis*, yang menyebabkan nyeri alih pada perjalanan *segmen* L2 ke bawah. Akibatnya nyeri dirasakan pada egio L2, bagian bawah punggung dan juga pada paha dan tungkai. Nyeri juga dapat disebarkan dari *pelvis* ke area *umbilicus* (Patree, 2007 dalam Pane, 2014).

Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan jaringan, misalnya pada perineum dan tekanan pada otot *skelet perineum*. Disini, nyeri diakibatkan oleh rangsangan struktur *somatic superficial* dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan terlokalisasi, terutama pada daerah yang disuplai oleh saraf *pudendus*. Beberapa wanita dapat mengalami nyeri pada paha dan tungkai mereka, digambarkan sebagai nyeri tumpul yang lama, terbakar atau kram. Hal ini dapat diakibatkan oleh rangsangan struktur pada *pelvis* yang sensitiv nyeri dan yang menyebabkan nyeri ringan yang dialihkan pada *segmen lumbalis* dan *sakralis* bagian bawah (Mander, 2006)

g. Respon Tubuh

Nyeri yang menyertai kontraksi uterus mempengaruhi mekanisme fisiologis sejumlah sistem tubuh yang selalu menyebabkan respon stress fisiologis yang umum dan menyeluruh (Brownridge, 1995 dalam Mander, 2006).

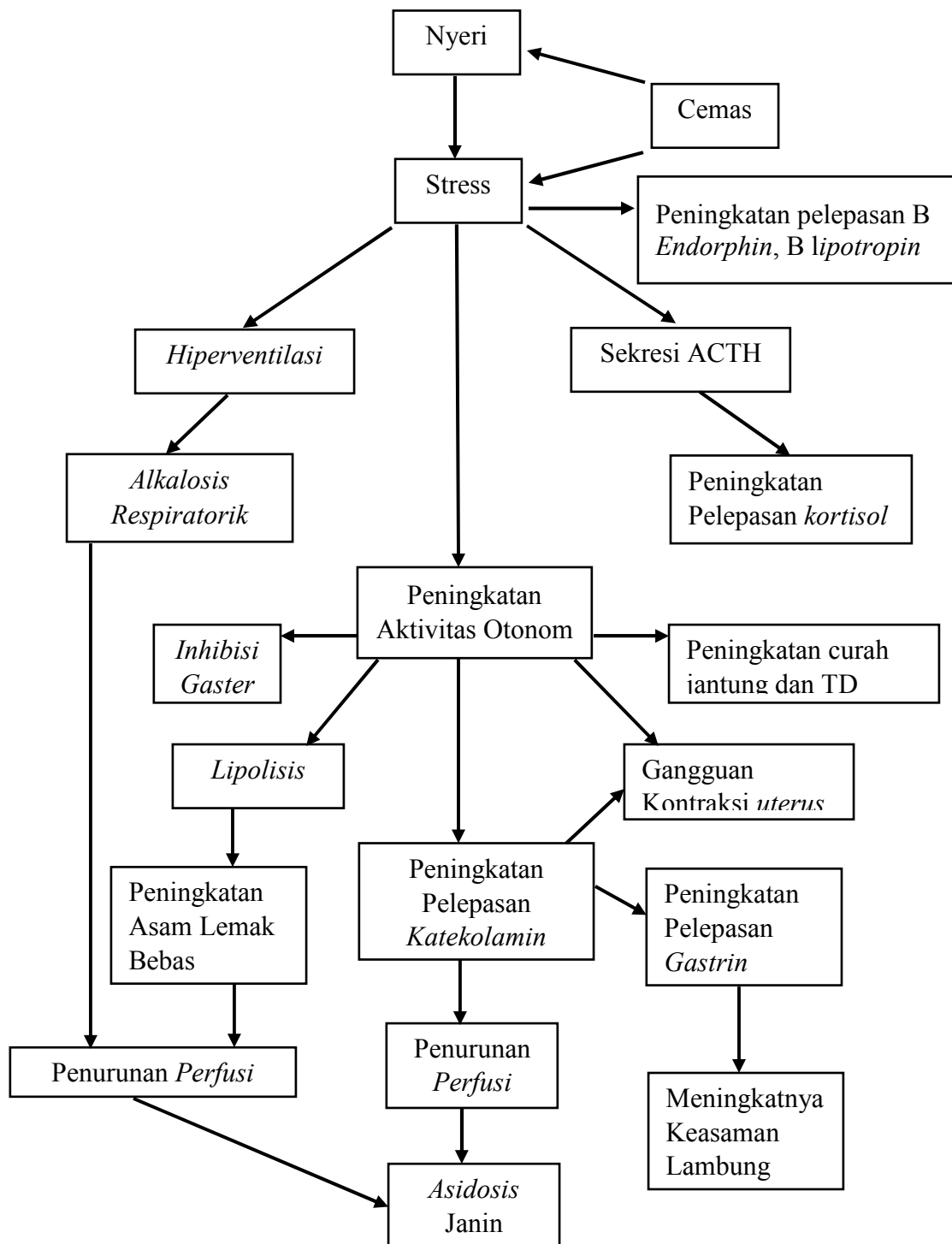


**Diagram Perubahan Fisiologis yang Menyertai Nyeri Bersalin
(Mander, 2006)**

h. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Persalinan

1) Faktor Internal

a. Pengalaman Nyeri

Pengalaman melahirkan sebelumnya dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Ibu yang mempunyai pengalaman nyeri yang tidak menyenangkan dan sangat menyakitkan serta sulit dalam persalinan sebelumnya, perasaan cemas dan takut pada persalinan sebelumnya akan mempengaruhi sensitifitasnya terhadap nyeri yang dirasakan (Bobak, I, 2006).

b. Usia

Kondisi psikologi yang masih cenderung naik dan turun saat usia muda bias memicu terjadinya kecemasan yang tinggi dan nyeri yang dirasakan lebih berat. Usia merupakan salah satu faktor menentukan toleransi terhadap nyeri, toleransi akan meningkat seiring bertambahnya usia dan pemahaman terhadap nyeri (Mander, 2006). Pada penelitian Wahyuningsih pada tahun 2014, usia yang dijadikan sasaran penelitian yaitu antara 20-37 tahun. Penelitian Sri Wahyuni dan Endang pada tahun 2015, mengambil sasaran usia 20-37 tahun.

c. Persiapan Persalinan

Persiapan persalinan diperlukan untuk mengurangi perasaan takut dan cemas akan nyeri yang dirasakan saat persalinan, sehingga ibu yang akan bersalin dapat memilih metode atau teknik yang dapat mengurangi kecemasan dan nyeri yang dirasakan (Mander, 2006).

d. Emosi

Perasaan cemas dan takut dalam menghadapi persalinan secara fisiologi dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa semakin nyeri dan sakit (Sondakh, 2013).

2) Faktor Eksternal

a. Agama

Semakin kuat kualitas keimanan seseorang, mekanisme pertahanan tubuh terhadap nyeri semakin baik karena berkaitan dengan kondisi psikologis yang relative stabil.

b. Budaya

Budaya mempunyai pengaruh bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri.

c. Dukungan Sosial dan Keluarga

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan. Walaupun klien tetap merasakan nyeri, tetapi akan mengurangi rasa kesepian dan ketakutan.

d. Social Ekonomi

Tersedianya sarana dan lingkungan yang baik dapat membantu mengatasi rangsang nyeri yang dialami. Keadaan ekonomi yang kurang, pendidikan yang rendah, informasi yang minimal dan kurang sarana kesehatan yang memadai akan menimbulkan ibu kurang mengetahui bagaimana mengatasi nyeri yang dialami masalah ekonomi berkaitan dengan biaya dan persiapan persalinan sering menimbulkan kecemasan tersendiri dalam menghadapi persalinan.

e. Komunikasi

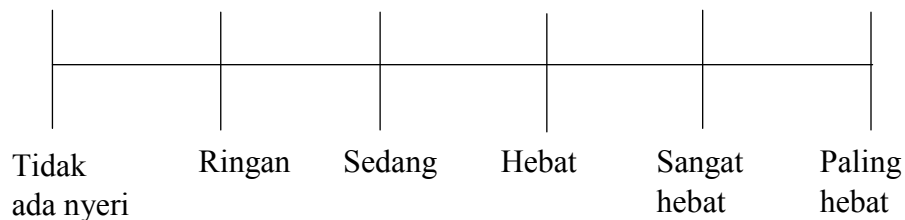
Komunikasi tentang penyampaian informasi yang berkaitan dengan hal-hal seputar nyeri persalinan, bagaimana mekanismenya, apa penyebabnya, cara mengatasi dan apakah hal ini wajar akan memberikan dampak yang positif terhadap manajemen nyeri. Komunikasi yang kurang akan menyebabkan ibu dan keluarga tidak tahu bagaimana yang harus dilakukan jika mengalami nyeri saat persalinan (Potter & Perry, 2005).

i. Pengukuran Intensitas Nyeri

Individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatnya (Banner & Suddarth, 2008). Tingkat nyeri persalinan digambarkan dengan intensitas nyeri yang dipersepsikan oleh ibu saat proses persalinan. Intensitas rasa nyeri persalinan bisa ditentukan dengan cara menanyakan tingkatan intensitas atau menunjuk pada skala nyeri (Judha, 2012).

1) Skala Intensitas Nyeri

Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana



Pada skala ini, nyeri dideskripsikan dari “tidak nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Perawat yang memberikan skala tersebut dan meminta pasien memilih nyeri diposisi manakah yang sedang klien rasakan saat ini.

2) Skala Analog Visual (VAS)

Skala Analog visual (*Visual Analog Scale*) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya.



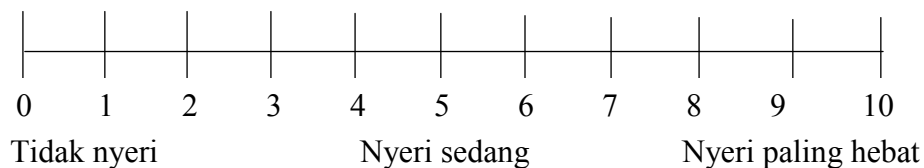
(Bare, B. G., dan Smeltzer, S.C., 2001, hal. 218)

Menurut Wong dan Baker (1998), pengukuran skala nyeri menggunakan *Face Pain Rating Scale* yaitu terdiri dari 6 wajah kartun

mulai dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah yang sangat ketakutan “nyeri yang sangat”, klasifikasinya sebagai berikut : skala 0 (tidak sakit) ekspresi wajahnya klien masih dapat tersenyum, skala 2 (sedikit sakit) ekspresi wajahnya kurang bahagia, skala 4 (lebih sakit) ekspresi wajahnya meringis, skala 6 (lebih sakit lagi) ekspresi wajahnya sedih, skala 8 (jauh lebih sakit) ekspresi wajahnya sangat ketakutan, skala 10 (benar-benar sakit) ekspresi wajahnya sangat ketakutan dan sampai menangis (Potter, 2005, hal. 1520).



3) Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10



Intensitas nyeri dibedakan menjadi 5 dengan menggunakan skala *numeric*, yaitu:

- 0 : Tidak nyeri
- 1-2 : Nyeri ringan (terasa keram pada perut bagian bawah, dapat ditahan, masih dapat melakukan aktifitas, masih bisa konsentrasi)
- 3-5 : Nyeri sedang (terasa keram pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, kurang nafsu makan, aktifitas terganggu).
- 6-7 : Nyeri berat (terasa keram berat pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, paha, punggung, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak kuat beraktifitas).

8-10 : Nyeri sangat berat (terasa keram yang sangat berat sekali pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, kaki, punggung, tidak mau makan, mual muntah, sakit kepala, badan tidak ada tenaga, tidak bisa berdiri atau bangun dari tempat tidur, tidak dapat beraktifitas) (Potter & Perry, 2005).

Skala penilaian numeric (*Numeric Rating Scale* atau NRS) paling sering digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Klien menilai nyeri dari skala 0-10. Skala intensitas nyeri ini paling efektif digunakan saat mengkaji nyeri sebelum dan sesudah intervensi diberikan (Potter & Perry, 2005).

j. Manajemen Nyeri

1) Farmakologis

Managemen farmakologi merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan obat-obatan. Obat merupakan bentuk pengendalian nyeri yang paling sering diberikan oleh perawat dengan kolaborasi dengan dokter. Terdapat tiga kelompok obat nyeri, yaitu:

a. *Analgetik non opioid* – Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)

Efektif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai sedang terutama *asetomenofn (Tylenol)* dan OAINS dengan ef anti peritik, analgetik dan anti iflamasi, *Asam asetilsalisilat (aspirin)* dan *Ibuprofin (Morfin, Advil)* merupakan OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan analgetik dengan bekerja ditempat cedera melalui *inhibisi sintesis prostaglandin* dari *prekursor asam arokidonat*. *Prostaglandin mensintesis nosiseptor* dan bekerja secara sinergis dengan prodok inflamatorik lain di tempat cedera, misalnya *bradikinibin* dan *histamin* untuk menimbulkan hiperanalgetik. Dengan demikian OAINS mengganggu mekanisme

transduksi di nosiseptor aferen primer dengan menghambat sintesis prostaglandin.

b. *Analgesia opioid*

Merupakan analgetik yang kuat yang tersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri *pasca* operasi dan nyeri terkait kanker. *Morfin* merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat. Berbeda dengan OAINS yang bekerja di perifer, *Morfin* menimbulkan efek analgetiknya di sentral. *Morfin* menimbulkan efek dengan mengikat *reseptor opioid* di *nukleus modulasi* di batang otak yang menghambat nyeri pada sistem *assenden*.

c. *Adjuvan / Koanalgetik*

Merupakan obat yang memiliki efek analgetik atau efek komplementer dalam penatalaksanaan nyeri yang semula dikembangkan untuk kepentingan lain. Contoh obat ini adalah *Karbamazopin* (Tegretol) atau *Fenitoin* (Dilantin) (Price & Wilson, 2006).

2) Non-Farmakologis

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam mengatasi (memanajemen) nyeri saat persalinan, yaitu salah satunya dengan memberikan terapi non farmakologis. Terapi nonfarmakologis yaitu terapi yang digunakan yakni dengan tanpa menggunakan obat-obatan, tetapi dengan memberikan berbagai teknik yang setidaknya dapat sedikit mengurangi rasa nyeri saat persalinan tiba. Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah:

a. *Distraksi*

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Ada empat tipe *distraksi*, yaitu *distraksi visual*, misalnya

membaca atau menonton televisi, *Distraksi auditory*, misalnya mendengarkan musik, *Distraksi taktil*, misalnya menarik nafas dan *massase*, *Distraksi kognitif*, misalnya bermain *puzzle*.

b. *Hypnosis Diri*

Hypnosis diri dengan membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. *Hypnosis* diri menggunakan sugesti dari danksan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan bagian ide pikiran dan kemudian kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka (Edelman & Mandel, 1994). *Hypnosis* diri sama seperti dengan melamun. Konsentrasi yang efektif mengurangi ketakutan dan sters karena individu berkonsentrasi hanya pada satu pikiran. Selain itu juga mengurangi persepsi nyeri merupakan salah satu sederhana untuk meningkatkan rasa nyaman ialah membuang atau mencegah stimulasi nyeri. Hal ini terutama penting bagi klien yang imobilisasi atau tidak mampu merasakan sensasi ketidaknyamanan. Nyeri juga dapat dicegah dengan mengantisipasi kejadian yang menyakitkan, misalnya seorang klien yang dibiarkan mengalami konstipasi akan menderita *distensi* dan kram *abdomen*. Upaya ini hanya klien alami dan sedikit waktu *ekstra* dalam upaya menghindari situasi yang menyebabkan nyeri (Mander, 2003).

c. *Stimulus Kutanerus*

Terapi stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri *massase*, mandi air hangat, kompres panas atau dingin dan *stimulasi saraf elektrik transkutan* (TENS) merupakan langkah-langkah sederhana dalam upaya menurunkan persepsi nyeri. Cara kerja khusus stimulasi kutaneus masih belum jelas. Salah satu pemikiran adalah cara ini menyebabkan pelepasan *endorfin*, sehingga memblok *transmisi* stimulasi nyeri. Teori

Gate-Control mengatakan bahwa stimulasi kutaneus mengaktifkan transmisi tersebut saraf sensoris A-Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut delta-A berdiameter kecil. Gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri. Bahwa keuntungan stimulasi kutaneus adalah tindakan ini dapat dilakukan di rumah, sehingga memungkinkan klien dan keluarga melakukan upaya kontrol gejala nyeri dan penanganannya. Penggunaan yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot. Stimulasi kutaneus jangan digunakan secara langsung pada daerah kulit yang sensitif (misalnya luka bakar, luka memar, lecet kulit, inflamasi dan kulit dibawah tulang yangfraktur) (Mander,2004).

d. Terapi Hangat dan Dingin

Terapi hangat dan dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-nociceptor*). Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat *sensitivitas reseptor* nyeri. Agar efektif es harus diletakkan di area sekitar pembedahan. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri (Smeltzer & Bare,2002).

e. Aromaterapi

Bau-bauan yang menyenangkan dapat membuat ibu merasa nyaman serta relaksasi pada tubuh dan pikiran ibu akan mereduksi nyeri dan cemas, sehingga nyeri akan berkurang (Yuliatun, 2008).

f. Relaksasi

Ada 3 jenis relaksasi yang dapat membantu ibu dalam bersalin:

- Relaksasi Progresif

Latihan ini dilakukan dengan cara sengaja mengencangkan sekelompok otot-otot tunggal (misalnya lengan, tungkai, wajah)

sekuat mungkin melepaskannya secara sekunder. Otot-otot dikencangkan secara berurutan dan progresif dari satu ujung bagian tubuh ke bagian tubuh lainnya.

- Relaksasi Terkendali

Latihan ini dilakukan dengan cara mengupayakan sekelompok otot berkontraksi dan mempertahankan kelompok otot yang lain berelaksasi.

- Mengambil dan Mengeluarkan Nafas

Teknik ini dilakukan pada saat ibu berdiri dan mengambil nafas dalam dan kemudian mengeluarkan semuanya dengan suatu hembusan kuat setelah kontraksi selesai (Ardhiyanti, Pitriani, & Damayanti, 2014).

g. *Focusing*

Suatu metode pengalihan perhatian, metode ini meliputi penggunaan foto atau barang yang penting dan memiliki makna khusus bagi pasien atau barang yang paling menarik perhatian pasien. Pasien mencurahkan perhatiannya secara intensif pada objek tertentu saat terjadi kontraksi. Metode *focusing* menjaga asupan sensorik yang dipersepsikan pada saat kontraksi agar tidak dapat mencapai pusat nyeri dalam korteks serebri.

h. *Imagery*

Imagery juga dikenal sebagai visualisasi, metode ini meliputi konsentrasi mental dengan membayangkan orang, tempat atau benda. Suara atau apa yang didengar pasien selama proses *imagery* merupakan bagian yang penting dari proses *imagery* yang efektif untuk membantu mempertahankan konsentrasi pasien pada image yang dibayangkannya. Ketika *imagery* yang digunakan melibatkan suatu tempat, pasien secara mental menempatkan dirinya pada lingkungan

yang berbeda biasanya pada pantai laut dengan bunyi gelombang air laut yang memecah pantai, atau di dalam hutan atau pada padang rumput dengan bunyi dedaunan yang berdesir atau suara burung yang bernyanyi, atau di dekat arus air atau sungai dengan bunyi air yang mengalir di dalamnya. Jika image yang diikutsertakan dalam visualisasi pasien adalah orang, maka orang itu dibayangkan berbicara dengan lemah lembut dan mengucapkan kata-kata yang menghibur. Orang dapat juga bernyanyi atau membaca puisi yang menjadi favoritnya, hal lainnya yang dapat digunakan selama visualisasi misalnya berupa kotak musik yang memainkan musik favorit pasien.

i. *Massage*

Massage adalah penekanan oleh tangan pada otot atau ligament tanpa menyebabkan pergeseran sendi atau perubahan posisi untuk menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi atau meningkatkan sirkulasi (Henderson & Jones, 2006). Dasar teori *massage* ini berdasarkan teori *gate control* yang dikatakan oleh Melzak dan Wall bahwa *sinaps* bekerja seperti pintu masuk untuk mengijinkan *impuls* masuk ke otak, disini terjadi peningkatan aktifitas *substansia gelatinosa* akibat rangsangan dari akar *ganglion dorsalis*. Peningkatan aktifitas *substansia gelatinosa* ini mengakibatkan tertutupnya pintu, sehingga aktifitas sel T terhambat dan akan menghambat hantaran nyeri (Musrifatul & Hidayat, 2008).

Massage adalah salah satu metode non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri dalam persalinan. Pijatan atau usapan yang lembut dapat membuat ibu merasa nyaman dan rileks selama persalinan yang disebabkan karena tubuh melepaskan hormon *endorphin* yang dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak, *endorphin* juga sebagai pereda sakit yang alami (Danuatmadja, 2004

dalam Pane, 2014). Beberapa macam *massage* yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan adalah:

a) *Effleurage*

Effleurage adalah pijatan lambat perut atau bagian tubuh lain selama kontraksi berlangsung. Metode *effleurage* memperlakukan pasien dalam posisi setengah duduk atau supine, lalu letakan kedua telapak tangan pada perut dan secara bersamaan digerakan melingkar kearah pusat ke simpisis atau dapat juga menggunakan satu telapak tangan dengan gerakkan melingkar atau satu arah (Maemunah, 2009 dalam Pane, 2014).

b) *Deep Back Massage*

Deep Back Massage adalah penekanan pada daerah *sacrum* dengan sedikit mendalam dengan menggunakan telapak tangan. Metode *deep back massage* memperlakukan pasien berbaring miring, kemudian bidan atau keluarga pasien menekan daerah *sacrum* secara mantap dengan telapak tangan, lepaskan lagi dan tekan lagi, begitu seterusnya (Maemunah, 2009 dalam Pane, 2014).

c) *Firm Counter Pressure*

Firm counter pressure adalah penekanan pada daerah *sacrum* dengan menggunakan tangan yang dikepalkan. Metode *firm counter pressure* memperlakukan pasien dalam kondisi duduk kemudian bidan atau keluarga pasien menekan *sacrum* secara bergantian dengan tangan yang dikepalkan secara mantap dan beraturan (Maemunah, 2009 dalam Pane, 2014).

j. Bersalin di Dalam Air

Rasa nyeri dalam persalinan dapat menimbulkan ketegangan dan ketakutan. Air hangat membantu melepaskan ketegangan otot dan meningkatkan rasa kenyamanan secara umum. Berendam selama persalinan memberikan manfaat tambahan yang memungkinkan ibu

untuk merasa lebih memegang kendali (Hall & Holloway, 1998) dan merasakan lebih sedikit rasa nyeri (Cluett dkk., 2002; Eberhard dkk., 2005). Bagaimanapun juga, berendam sebelum persalinan dimulai dapat menyebabkan kontraksi menjadi lambat. Michel Odent (2002:109) merekomendasikan penggunaan *shower* sebelum masuk kedalam bak atau kolam. Dalam suatu kajian sistematis terhadap bukti-bukti, Simkin and O'Hara (2002) menyimpulkan bahwa ibu harus sudah dalam keadaan bersalin sebelum berendam dalam air dan tidak boleh berada didalamnya lebih dari 1-2 jam (meskipun ibu dapat kembali berendam pada persalinan tahap lanjut). Kegiatan masuk dan keluar dari kolam dapat memberikan manfaat dalam menentukan pola persalinan.

Ibu mungkin khawatir bahwa berendam setelah selaput ketuban pecah menjadi kontrakindikasi. Berendam setelah selaput ketuban pecah tidak dikaitkan dengan meningkatkan angka infeksi (Eriksson dkk., 1996). Namun demikian, paparan yang berkepanjangan terhadap air panas dalam bak dapat meningkatkan suhu dan denyut jantung janin. Anderson (2004) menyerahkan bahwa ibu sendirilah yang harus dapat memantau suhu yang paling tepat untuk air. Bagaimanapun juga, disarankan bahwa suhu ibu dan denyut jantung janin harus dipantau dengan ketat selama berendam dalam air panas dan suhu air tidak boleh lebih dari 37,5°C (NICE 2007).

k. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)*

TENS terdiri dari sebuah mesin kecil (kira-kira berukuran seperti radio portable) dan empat timah tipis yang bersambungan dengan bantalan yang lengket (elektroda). Alat-alat ini dipasang pada titik tekan akupunktur tertentu pada punggung, menghantarkan suatu arus elektrik berdenyut pada permukaan kulit. Mesin dihidupkan oleh batere dan

dapat dipasang pada sebuah sabuk. Ibu menggunakan alat yang dipegang dengan tangan untuk menimbulkan arus selama kontraksi. TENS dianggap bekerja dengan merangsang pelepasan *endorphin* dan menghambat penghantaran impuls nyeri di otak. Suatu kajian sistematis (Carol dkk ; 1997) menyimpulkan bahwa tidak terdapat bukti yang kuat bahwa TENS memiliki efek analgesic selama persalinan, meskipun penggunaan metode tambahan pereda nyeri berkurang. Efek *plasebo* mungkin bermanfaat, bagaimanapun juga: dalam sebuah penelitian yang membandingkan TENS dengan TENS *Plasebo*. Kedua kelompok melaporkan kurangnya rasa nyeri, meskipun tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok tersebut (Van der Ploeg dkk ; 1996). Bukti-bukti menunjukkan bahwa penggunaan TENS dalam persalinan tidak efektif dan karenanya, tidak direkomendasikan (NICE, 2007). Ketersediaan mesin TENS bervariasi antar-rumah bersalin walaupun banyak perusahaan yang memproduksi atau menjualnya, termasuk toko-toko kalangan atas.

3. Nyeri Punggung

3.1 Definisi Nyeri Punggung

Nyeri punggung adalah nyeri yang terjadi pada area *lumbal*. Nyeri punggung adalah gangguan yang umum terjadi, dan ibu hamil mungkin pernah memiliki riwayat sakit punggung di masa lalu. Sebagai kemungkinan lain, nyeri punggung dapat dirasakan pertama kalinya dalam kehamilan. Nyeri punggung bawah sangat sering terjadi dalam kehamilan sehingga digambarkan sebagai salah satu gangguan minor dalam kehamilan. Ibu hamil mencondongkan perut sehingga menambah lengkungan pada bagian bawah punggung yang menimbulkan rasa nyeri (Varney, 2007).

3.2 Etiologi Nyeri Punggung

Nyeri punggung disebabkan oleh *hormone estrogen* dan *progesterone* yang mengendurkan sendi, ikatan tulang dan otot di pinggul. Saat bayi

tumbuh, lengkung di spina lumbalis dapat meningkat karena *abdomen* didorong ke depan, ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung (Varney, 2007).

3.3 Dasar Anatomi dan Fisiologi Nyeri Punggung

1. *Kurvaktur* dan *vertebra lumbosacral* yang meningkat saat uterus membesar.
2. *Spasme* otot karena tekanan pada akar syaraf.
3. Penambahan ukuran payudara.
4. Kadar *hormone* yang meningkat menyebabkan *cartilage* di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek.
5. Keletihan
6. Mekanisme tubuh yang kurang baik, yaitu menempatkan beban tegangan pada punggung bukan pada paha, pada waktu mengangkat barang dengan membungkuk bukan dengan jongkok.

3.4 Dampak Nyeri Punggung

Dampak dari nyeri punggung dalam masa kehamilan adalah ibu akan mengalami gangguan tidur yang menyebabkan keletihan dan *iritabilitas* serta ketidak nyamanan dalam melakukan aktivitas. Hal tersebut akan menyebabkan janin menjadi fatal *distress* dimana keadaan ibu sangat erat kaitannya dengan kondisi janin yang dikandungnya, menghambat *mobilitas*, yang sudah mempunyai anak akan menghambat merawat anak. Selain itu nyeri dapat memengaruhi pekerjaan ibu dan apabila pekerjaannya tidak dapat tersesuaikan, ia mungkin harus cuti melahirkan lebih cepat dari yang diperkirakan (Robson, 2012).

3.5 Cara Mengatasi Nyeri Punggung

Bila pada waktu antenatal ditemukan masalah nyeri punggung hal yang harus dilakukan adalah:

1. Tidur dengan posisi miring dilakukan secara berganti-ganti miring ke sisi kiri dan kanan.

2. Lakukan gerakan peregangan untuk melatih *elastisitas* pinggang.
3. Lakukan pemijatan.
4. Mandi dan berendam air hangat untuk meredakan otot-otot yang terasa sakit.

Jika merasa sakit yang luar biasa dan tidak tertahankan, perlu konsultasi dengan dokter (Harsono, 2013).

4. *Prenatal Massage*

4.1 Pengertian Massage

Pijat merupakan aplikasi tekanan pada jaringan lunak tubuh, seperti kulit, otot, tendon dan *ligament*. Pijat atau *massage* adalah salah satu cara untuk memunculkan *wellness for body and mind*. *Massage* adalah sebagai pijat yang telah disempurnakan dengan ilmu-ilmu tentang tubuh manusia atau gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam-macam bentuk pegangan atau teknik (Ihca, 2014).

Prenatal Massage adalah pijat yang dilakukan pada ibu hamil untuk memperlancar sirkulasi darah ibu dan mengurangi keluhan yang sering dialami ibu hamil. Jenis pijatan disesuaikan dengan perubahan tubuh ibu hamil (Ihca, 2014).

4.2 Faktor Pertimbangan Dalam Massage

Faktor-faktor yang harus dipertimbangkan dalam *massage* meliputi:

1. Tangan *masseur* harus selalu menyentuh tubuh klien.
2. Tekanan telapak tangan hanya boleh diberikan ketika melakukan gerakan mengurut kearah jantung dan harus dihilangkan ketika melakukan gerakan balik.
3. *Massage* yang dilakukan untuk menghasilkan relasasi pada orang yang dipijat dan frekuensi gerakan mengurut kurang lebih 15 kali dalam satu menit.
4. Irama yang tidak terputus-putus.

5. Keseluruhan bagian tubuh harus diurut dengan *kontinuitas*.
6. *Massaged* dalam 10 menit harus sudah menghasilkan relaksasi yang cukup agar pasien bisa tidur nyenyak pada malam harinya.
7. Umumnya diyakini bahwa *massage* paling efektif jika dilakukan tiap hari.

4.3 Manfaat *Pregnacy Massage* (Pijat Kehamilan)

1. Pijat pada ibu hamil dapat membantu untuk mengeluarkan produk-produk metabolisme tubuh melalui limfatik dan sistem sirkulasi, yang dapat mengurangi kelelahan dan membuat ibu lebih berenergi.
2. Sistem sirkulasi yang lancar dapat memudahkan beban kerja jantung dan membantu tekanan darah ibu hamil menjadi normal.
3. Ketidaknyamanan otot, seperti kram, ketegangan otot, kekakuan otot yang sering dirasakan oleh ibu hamil, dapat dikurangi dengan pijat.
4. Pijat dapat membantu mengurangi *depresi* dan kecemasan pada ibu hamil yang disebabkan perubahan hormonal selama kehamilan.
5. Pijat membantu menenangkan dan merelaksasikan ibu hamil yang sering mengalami kecemasan, sehingga ibu hamil dapat merasakan tidur yang lebih berkualitas.
6. Ibu bersalin yang diberikan pijat dapat merasakan kenyamanan sehingga memperlancar proses persalinan, begitu juga saat nifas, dapat membantu ibu nifas untuk mengembalikan energy dan kekuatannya lebih cepat sehingga mengurangi *stress* pada post partum (Ihca, 2014)

4.4 Posisi *Pregnancy Massager*

1. *Prone* (Terlungkup)

Posisi ini disarankan pada trisemester pertama. Untuk mencegah tekanan *intrauterine* gunakan dua bantal untuk menyokong *pelvis* di kedua *anterior spina iliaca*.

2. *Supinasi*(Terlentang)

Posisi ini disarankan pada kehamilan 14-22 minggu. Pada trisemester pertama posisi *supinasi* juga diperbolehkan dan tidak memerlukan peralatan ekstra.

3. *Semireclining* (Semifowler)

Pada usia kehamilan mulai dari 23 minggu disarankan untuk menggunakan posisi ini dan menghindari posisi *supinasi*.

4. *Sidelying* (Menyamping)

Pada posisi ini ibu dianjurkan miring ke kiri, gunakan cukup bantal untuk menyangga kepala dan leher.

5. *Seated* (Duduk)

Posisi ini sangat nyaman bagi wanita yang kehamilannya kembar, menderita penyakit simfisis pubis yang parah, klien yang obesitas dan klien yang refleks lambung parah (Ihca, 2014).

4.5 Persiapan *Pregnancy Massage Treatment*

1. Terapis harus bertanya pertama kali apakah klien menyukai usapan karena beberapa klien tidak menyukai kontak secara fisik.
2. Perlu diperhatikan kemungkinan adanya alergi atau kulit mudah terangsang, sebelum memberikan lotion atau oil.
3. Hindari untuk melakukan *massage* pada area kemerah-merahan, kecuali bila kemerahan tersebut hilang sewaktu di *massage*.
4. Identifikasi juga faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau *vertebrata*, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk *massage*.

4.6 Tahap Persiapan

Persiapan Alat:

1. Kursi atau tempat duduk dan tempat bersandar.
2. Kasur, sprei dan selimut.
3. *Aromatherapy candle*

4. Minyak aromaterapi sesuai keinginan pasien
5. Handuk

Persiapan Terapis:

1. Menyiapkan alat dan mendekatkannya ke pasien
2. Mencuci tangan

Persiapan Lingkungan:

1. Menutup gordan atau pintu
2. Pastikan privasi pasien terjaga (Ihca, 2014).

4.7 Teknik Pregnancy Massage Treatment

1. Pemijatan Daerah Punggung
 - b. Mengatur posisi
Posisikan klien dalam posisi yang nyaman dan tanyakan bagaimana posisi yang nyaman.
 - c. Peregangan
Buka selimut pada daerah punggung sampai daerah *gluteal* kemudian balurkan minyak di daerah punggung dan mulai dengan peregangan.
 - d. *Effleurage*
Mulai dari atas punggung meluncur ke bawah pada kedua sisi tulang belakang hingga atas otot *gluteal*. Kembali lagi dari bawah ke atas dan tekanan pijatan ke atas dikurangi.
 - d. *Kneading* Pinggang
Lakukan *kneading* (meremas) mulai dari otot *gluteal* dan pinggang dengan lembut bergeser bolak balik.
 - e. *Kneading* Bahu
Lanjutkan *kneading* ke bagian atas bahu.
 - f. *Diagonal Strokes*
Urut dari daerah bahu ke daerah *gluteal* (daerah pinggang) secara menyilang dari sisi kanan ke sisi kiri.
 - g. *Twiddling Thumbs*

Tekan pada daerah sekitar ilium kemudian bergerak ke daerah punggung hingga ke bahu menggunakan tarian jempol.

h. *Circular Thumbs*

Gunakan jempol bentuk lingkaran keluar pada sisi kanan dan kiri otot spina (secara sirkular). Pada ibu hamil trisemester III dan post natal diteruskan naik ke punggung untuk mengeluarkan *hormone oksitosin*.

i. *Cross Frictional Therapy*

Gunakan jempol untuk menekan kedalam dan keluar dari *spina*. Gerakan ini digunakan jika klien mengeluh linu (daerah kram tertentu).

j. *Chisel Fist*

Lakukan gerusan pada otot tulang belakang dengan menggunakan buku-buku jari, dapat bergerak maju mundur.

k. *Deeper Cross Friction Therapy*

Gunakan 2 tangan 4 jari. Dimulai dari sisi atas *illium* di atas otot *gluteal*. Meluncur dari alur *lamina* di atas otot tulang belakang lanjutkan ke punggung ke atas hingga bahu dan kembali.

l. *Elbow Teknik*

Letakkan salah satu telapak tangan pada bahu dan siku tangan lainnya pada punggung. Meluncur turun pada otot tulang belakang dari bahu dengan fokus utama tekanan pada otot *gluteal*.

2. Pemijatan Daerah Lengan

a. *Effleurage*

Usap dengan lembut lengan bawah lalu naik ke atas.

b. *V Stroke*

Buat huruf V diantara ibu dan jari telunjuk, pijat dari lengan bawah ke lengan atas.

c. *Kneading*

Buat bentuk hati antara ibu jari dan jari telunjuk, saat memijat ibu jari diarahkan naik turun hingga bertemu jari telunjuk. Pemijatan dimulai dari bawah ke lengan atas.

d. *Leaf Stroke* (Usap Samping)

Usap dari tengah ke bagian luar seperti membentuk daun.

e. Gerusan

Gerus lengan menggunakan buku-buku jari dari bawah ke atas.

f. Tangan

Pijat tangan dengan lembut kemudian tarik jari-jari secara perlahan.

3. Pemijatan Daerah Paha

a. *Effleurage*

Dimulai dari lutut sampai pangkal paha

b. *V Stroke*

Buat huruf V antara jempol dan telunjuk, pijat dari lutut sampai pangkal paha.

c. *Kneading-Hamstring*

Kneading pada paha bagian luar.

d. *Kneading-Quadriceps*

Kneading pada paha bagian dalam.

e. *Leaf Stroke*

Usap dari tengah ke bagian luar seperti membentuk daun.

f. *Chisel Fist*

Lakukan gerusan bisa digunakan dengan 2 tangan maupun 1 tangan.

g. *Splitting-Hamstrings*

Kedua tangan tumpang tindih memberikan tekanan hingga ke pangkal paha.

h. *Criss Cross*

Dua tangan sejajar kemudian digerakkan seperti gerakan mengayuh sepeda hingga pangkal paha.

i. *Compression*

Kumpulkan kedua tangan seperti berpegangan kemudian sedikit tekanan ke arah pangkal paha.

j. *Effleurage* Betis

Pada daerah betis tidak boleh menggunakan tekanan yang sangat.

k. *V-Stroke*

Buat huruf V antara jempol dan telunjuk, pijat dari lutut sampai pergelangan kaki.

l. *Kneading*

Dengan lembut pada daerah betis sampai lutut.

m. *Leaf Stroke*

Gunakan jempol dengan membuat setengah lingkaran (seperti gerakan membuat daun).

n. *Chisel Fist*

Lakukan gerusan ke arah atas.

o. *Pumping*

Tahan lutut dengan telapak tangan kemudian lakukan dorso fleksi dan ekstensi secara bergantian pada telapak kaki dengan lembut.

p. *Massage Kaki*

Lakukan *massage* dengan lembut pada kaki.

q. *Lift Arch*

Usap dengan lembut bagian telapak kaki.

r. *Chisel Fist*

Gosok telapak kaki dengan arah ke atas dan ke bawah dengan menggunakan buku-buku jari.

5. *Massage Effleurage*

Massage effleurage adalah pijatan lambat perut atau bagian tubuh lain selama kontraksi. Ibu yang bersalin belajar untuk melakukan *effleurage* menggunakan kedua tangan dalam gerakan melingkar (Murray & Huelsman,

2013). Teknik ini menimbulkan efek relaksasi, dengan menggunakan usapan lembut dan ringan tanpa tekanan kuat, melibatkan interaksi yang kuat antara pikiran, tubuh dan jiwa (van der Riet, 2011). *Massage effleurage* dapat dikaitkan dengan teori *gate control*, dimana teori ini mengatakan bahwa sentuhan dan nyeri jika dirangsang bersamaan, sensasi sentuhan akan berjalan ke otak dan menutup pintu gerbang pada otak, sehingga ada pembatasan persepsi pada nyeri. Sentuhan ringan ini juga mempunyai efek *distraksi* dan meningkatkan hormone endorphen sehingga ibu yang mengalami nyeri pada persalinan merasakan kenyamanan karena adanya relaksasi otot (Monsdragon, 2004 dalam Pane, 2014).

Pada persalinan, *massage effleurage* dilakukan dengan menggunakan ujung jari yang tidak putus-putus dari permukaan kulit, usapan dilakukan dengan ringan dan tanpa tekanan yang kuat. Seorang pendamping persalinan yang melakukan pijatan bisa melakukan usapan menggunakan ujung-ujung jari telapak tangan dengan gerak akrah membentuk pola gerakan seperti kupu-kupu pada *abdomen* seiring dengan pernafasan *abdomen* (Potter & Perry, 2005). Teknik tersebut bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, menghangatkan otot *abdomen*, memberi tekanan dan meningkatkan relaksasi fisik (Jurnal *Occupationl and Environment Medicine*, 2008 dalam Pane, 2014).

a. Manfaat *Massage Effleurage*

- 1) *Massage* atau usapan ringan dapat meningkatkan produksi *oksitosin endogen*, sehingga merangsang kontraksi *uterus* (Simkin, 2011)
- 2) *Massage* dapat meningkatkan *oksitosin* yang bias menimbulkan kenyamanan dan kepuasan (Pane, 2014)
- 3) Sentuhan ringan pada *abdomen* dapat meningkatkan kekuaan dan atau frekuensi kontraksi (Stager, 2011)
- 4) *Massage* menurunkan *hormone stress* dan meningkatkan *hormone oksitosin* dan mampu membantu menurunkan kecemasan (Klossner, 2006).

b. Efek Samping *Massage Effleurage*

Massage effleurage merupakan teknik manajemen nyeri nonfarmakologi pada persalinan yang tidak membahayakan bagi ibu maupun janin, tidak memperlambat persalinan, tidak mempunyai efek alergi maupun efek obat (Gadysa, 2009 dalam Astika, 2013).

c. Prosedur *Massage Effleurage*

- 1) Atur posisi tidur ibu dengan posisi terlentang rileks dengan menggunakan satu atau dua bantal, kaki diregangkan 10 cm dengan kedua lutut fleksi membentuk sudut 45 derajat.
- 2) Saat timbul kontraksi, kedua telapak ujung jari tangan diatas *simfisis pubis*
- 3) Bersama-sama inspirasi secara perlahan, usapkan kedua ujung-ujung jari tangan dengan tekanan yang ringan, tegas dan konstan ke samping *abdomen*, mengelilingi samping *abdomen* menuju kearah *fundus uteri*
- 4) Setelah sampai di *fundus uteri*, *ekspirasi* perlahan dan usapkan kedua ujung jari tangan tersebut menuju perut bagian bawah diatas *simfisis pubis* melalui *umbilicus*.
- 5) Gerakan diulang ketika kontraksi berlangsung
- 6) Pemijat harus memperhatikan respon ibu ketika dipijat, ketika ibu sudah merasa tidak nyaman atau kontraksi telah berhenti, maka pijatan dihentikan (Danuatmadja dan Meliasari, 2004).

d. Mekanisme Peranan *Massage Effleurage*

Mekanisme penghambatan nyeri persalinan dengan teknik *Effleurage* berdasarkan pada konsep teori *Gate Control* yang mengatakan bahwa stimulasi serabut taktil kulit dapat menghambat sinyal nyeri dari area tubuh yang sama atau area lainnya. Stimulasi serabut taktil kulit dapat dilakukan dengan teknik *massage* (Erb et al., 2011). Selama kontraksi berlangsung, *impuls* nyeri berjalan dari uterus sepanjang serabut saraf C untuk ditransmisikan ke *Substansia Gelatinosa* di *Spinal Cord* dan disampaikan ke

Cortex Cerebri untuk diterjemahkan sebagai nyeri. Stimulasi taktil dengan *massage effleurage* menghasilkan pesan yang sebaliknya dikirim lewat serabut saraf yang lebih besar (Serabut A Delta). Serabut A Delta akan menutup gerbang sehingga *Cortex Cerebri* tidak menerima pesan nyeri karena sudah diblokir oleh stimulasi dengan *massage effleurage* sehingga persepsi nyeri berubah, karena serabut dipermukaan kulit (*Cutaneus*) sebagian besar adalah serabut saraf yang berdiameter luas. *Massage effleurage* juga digunakan sebagai distraksi dan menurunkan transmisi sensorik stimulasi dari dinding abdomen sehingga mengurangi ketidaknyamanan pada area yang sakit. Sebagai teknik relaksasi, *massage effleurage* mengurangi ketegangan otot (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010), meningkatkan sirkulasi area yang sakit dan mencegah terjadinya *hipoksia* (Varney, 2008).

Massage dan sentuhan membantu ibu lebih rileks dan nyaman selama persalinan. Sebuah penelitian menyebutkan ibu yang dipijat selama 20 menit setiap jam selama tahapan persalinan akan lebih bebas dari rasa sakit, karena *massage* (pijat) merangsang tubuh melepaskan senyawa *endorphin* yang merupakan pereda sakit alami dan menciptakan perasaan nyaman (Danuatmadja & Meliasari, 2008).

e. Macam-Macam *Massage*

Macam-macam *massage* yang biasa dimanfaatkan, yaitu (Novey, 2000 dalam Wahyuningsih, 2014)

1) *Aromatherapy Massage*

Merupakan pijatan yang menggunakan satu atau lebih tetes sari tanaman yang beraroma pada minyak pijat, seperti lavender dan lain-lain, sehingga berguna untuk mengurangi *stress*, santai, atau menambah energi.

2) *Hot Stone Massage*

Merupakan pijatan yang menggunakan batu halus yang direndam pada air panas, kemudian diletakkan pada beberapa titik di badan sehingga terasa

hangat membantu mengendurkan otot kaku serta menjaga keseimbangan pusat energi di dalam tubuh. *Hot stone massage* baik untuk orang-orang yang memiliki ketegangan otot.

3) *Sport Massage*

Merupakan pijatan yang dirancang khusus untuk orang-orang terlibat dalam kegiatan fisik, akan tetapi pijatan ini juga dapat oleh orang-orang aktif bekerja. *Sport massage* tidak hanya berfokus pada relaksasi akan tetapi juga dapat mencegah dan merawat luka, mengendurkan otot dan meningkatkan kinerja atletik.

4) *Low Back Massage*

Merupakan pijatan yang dilakukan pada punggung bawah yang digunakan untuk aplikasi penguatan dan meningkatkan sirkulasi darah serta mengurangi ketegangan otot sehingga dapat menimbulkan relaksasi.

5) *Therapeutic Massage*

Merupakan pijatan yang biasanya digunakan pada kasus *traumatological and non traumatological situations*. Kasus tersebut termasuk kondisi kontraksi otot yang parah, otot yang terkilir, *fraktur*, tendon yang terkilir serta dapat digunakan pada kasus *rheumatological*.

f. Teknik *Massage*

Menurut Yuliatun (2008), dalam melakukan *massage* ada beberapa teknik *massage* yang bias dilakukan dalam proses persalinan, yaitu:

1) Teknik *Effleurage*

Merupakan teknik *massage* yang ringan, berirama dan menggunakan pukulan ringan pada abdomen, pinggang atau paha. Teknik ini dapat memberi relaksasi dan menghilangkan nyeri, terutama bila dilakukan pada permukaan tubuh tanpa dihalangi kain atau pakaian. Penggunaan bedak dapat membantu pergerakan tangan penolong saat melakukan teknik *effleurage*. Teknik ini biasanya dilakukan selama kontraksi saat proses persalinan.

2) Teknik *Kneading* (Remasan)

Merupakan teknik yang bias digunakan untuk mengurangi nyeri saat persalinan. Teknik dapat dilakukan di beberapa bagian tubuh, muka, leher, bahu, punggung, paha, kaki dan tangan. *Massage* pada bahu dapat membantu ibu menjadi rileks, relaksasi pada bahu menyebabkan relaksasi pada seluruh tubuh dan membantu pola pernafasan yang teratur. Pemijatan pada tangan dan kaki pada ibu bersalin dapat menghangatkan kaki ibu yang biasanya dingin saat persalinan, dengan pemijatan dapat melancarkan sirkulasi darah pada daerah kaki.

3) Teknik *Counterpressure*

Teknik ini dapat dilakukan pada daerah punggung dan *sacrum*. Teknik dapat membantu mengurangi nyeri pinggang persalinan akibat kontraksi uterus dan memberikan kenyamanan pada ibu selama persalinan. Teknik *counterpressure* dapat dilakukan dengan menggunakan kepala tangan pada daerah punggung atau sacrum yang dirasakan paling nyeri, dengan melakukan penekanan yang bertujuan untuk meredakan nyeri saat kontraksi.



Foto Dokumentasi : Teknik *Massage Effleurage*

6. Teknik Relaksasi Nafas

1. Pengertian Teknik Relaksasi Pernafasan

Teknik relaksasi merupakan teknik pereda nyeri yang banyak memberikan masukan terbesar karena teknik relaksasi dalam persalinan dapat mencegah kesalahan yang berlebihan *pascapersalinan*. Ada pun relaksasi pernapasan selama proses persalinan dapat mempertahankan komponen sistem saraf simpatis dalam keadaan homeostatis sehingga tidak terjadi peningkatan suplai darah, mengurangi kecemasan dan ketakutan agar ibu dapat beradaptasi dengan nyeri selama proses persalinan (Mander, 2003).

Teknik relaksasi pernafasan merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan *ventilasi* paru dan meningkatkan *oksigenasi* darah (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut Bobak (2004), Teknik relaksasi pernafasan merupakan suatu tindakan pengendalian nyeri non farmakologis yang dapat membantu ibu mengendurkan seluruh tubuhnya ketika rahim berkontraksi.

2. Tujuan Teknik Relaksasi Pernafasan

Ada pun relaksasi pernapasan selama proses persalinan dapat mempertahankan komponen sistem saraf *simpatis* dalam keadaan *homeostatis* sehingga tidak terjadi peningkatan suplai darah, mengurangi kecemasan dan ketakutan agar ibu dapat beradaptasi dengan nyeri selama proses persalinan (Mander, 2003). Relaksasi telah terbukti meningkatkan kemampuan individu untuk menoleransi nyeri. Relaksasi dan pernapasan yang terkontrol dapat meningkatkan kemampuan mereka mengatasi kecemasan dan meningkatkan rasa mampu mengendalikan yang menimbulkan *stress* dan nyeri (Schott & Priest, 2008).

3. Prosedur Teknik Relaksasi Pernafasan

Bentuk pernafasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan *diafragma* yang mengacu pada pendataran bentuk *diafragma* selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran *abdomen* bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Adapun langkah-langkah teknik relaksasi pernafasan adalah sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bagian bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- i. Pada saat kontraksi pusatkan pada daerah yang nyeri
- j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5 kali
- l. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat (Priharjo, 2002).

7. Dukungan Keluarga

1. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan adalah pemberian dorongan atau motivasi dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan. Dukungan juga dapat berupa persiapan segala kebutuhan yang disiapkan oleh orang lain. Dukungan adalah faktor penting yang dibutuhkan seseorang ketika menghadapi masalah (kesehatan). Masyarakat di Indonesia memiliki kelebihan, salah satunya adalah

kekerabatan yang kuat, dapat dilihat dari ketika anggota keluarga yang sakit, semua keluarga dan tetangga memberikan dukungan dengan menunggu di rumah sakit secara bergantian (Yumni, 2010).

Dukungan keluarga atau suami adalah dukungan yang terdiri dari informasi atau nasihat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban social dan didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Nursalam, 2007). Dukungan dan pendampingan dalam persalinan dapat memberikan dukungan secara emosional kepada ibu yang menghadapi proses persalinan, akan memunculkan semangat, menjadi penghibur, menjalin komunikasi yang baik dan menimbulkan rasa aman. Pendampingan persalinan juga efektif menurunkan prevalensi angka operasi *sectio caesarea* dan penggunaan alat bantu persalinan seperti forsep atau vacuum karena dukungan dalam mengejan dan berkurangnya kecemasan serta berkurangnya intensitas nyeri serta memberikan efek yang baik terhadap kemajuan persalinan (Harry, 2011). Pada kondisi menjelang persalinan, keberadaan suami disamping istri sangatlah membantu, karena menjelang persalinan adalah kondisi yang sangat menegangkan dan melelahkan bagi ibu hamil. Dukungan emosional yang didapatkan ibu hamil menjelang persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih pendek, penanganan medis yang sedikit dan menghasilkan persalinan yang baik (Murray & Huelsman, 2013).

a. Tugas peran pendamping selama proses persalinan menurut Hamilton (2012) yaitu:

- 1) Mengatur posisi ibu, dengan membantu ibu tidur miring atau sesuai dengan keinginan ibu disela-sela kontraksi dan mendukung posisi ini agar dapat mengedan secara efektif saat relaksasi.
- 2) Mengatur nafas ibu, dengan cara membimbing ibu mengatur nafas saat kontraksi dan beristirahat saat relaksasi.

- 3) Memberikan asuhan tubuh, dengan menghapus keringat ibu, memegang tangan, memberikan pijatan, mengelus perut ibu dengan lembut.
 - 4) Memberi informasi kepada ibu tentang kemajuan persalinan.
 - 5) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
 - 6) Membantu ibu ke kamar mandi.
 - 7) Memberi cairan dan nutrisi sesuai keinginan ibu.
 - 8) Memberikan dorongan spiritual dengan ikut berdoa.
 - 9) Memberi dorongan semangat mengedan saat kontraksi serta memberikan pujian atas kemampuan ibu saat mengedan.
- b. Peran Pendamping Persalinan Pada Setiap Kala

Pada persalinan kala I, seorang pendamping persalinan bisa membantu ibu mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang mulai muncul. Misalnya menemani ibu bercerita, menonton televisi dan jalan-jalan. Pada saat kontraksi muncul dan nyeri mulai muncul, seorang pendamping persalinan bisa mengajak ibu berbicara sambil memberi pujian bila ibu berhasil melewati setiap kontraksi yang terjadi, membantu ibu mengganti posisi tubuh ibu ketika ibu mulai lelah seorang pendamping persalinan juga dapat memberikan pijatan ringan di punggung atau diperut ibu.

Pada kala II persalinan, seorang pendamping persalinan bisa membantu ibu untuk tetap dalam posisi nyaman, bila bayi mulai terlihat keluar, pendamping persalinan bisa berkomunikasi dengan ibu melalui sentuhan lembut dan bila tindakan operasi harus dilakukan, seorang pendamping persalinan bisa mencari informasi detail untuk mengetahui informasi lebih lanjut seputar tindakan operasi. Pada kala III persalinan, ibu dan seorang pendamping persalinan sudah bisa menikmati kebahagiaan atas kelahiran bayi mereka. Seorang pendamping persalinan bisa menemani ibu selama menyusui bayi dan mengumandangkan azan jika muslim (Musbikin, 2012).

c. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) terdapat lima fungsi dasar keluarga yaitu:

(1) Fungsi Efektif

Fungsi efektif berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga. Setiap anggota keluarga akan mengembangkan sikap saling menghormati, saling menyayangi dan mencintai, dan akan mempertahankan hubungan yang akrab dan intim sesama anggota keluarga sehingga masing-masing anggota keluarga akan dapat mengembangkan konsep diri yang positif, kebahagiaan dan kegembiraan mengindikasikan bahwa fungsi efektif keluarga berhasil. Ibu primigravida dapat menjadi sumber stress bagi keluarga sehingga akan berdampak pada kemampuan keluarga dalam memberikan perhatian kepada ibu hamil, pada akhirnya akan berakibat buruk pada kesehatan ibu.

(2) Fungsi Sosialisasi

Adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu disepanjang kehidupannya sebagai respon terhadap situasi yang terpola dari lingkungan social. Fungsi ini dapat dicapai melalui interaksi dan hubungan yang harmonis sesama anggota keluarga, sehingga masing-masing anggota keluarga mampu menerima suatu tugas dan peran dalam keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Pada fungsi ini dimana keluarga dijadikan suatu media untuk belajar, namun pada kenyataannya yang ada sebagai dampak dari adanya anggota keluarga yang mengalami masalah menyebabkan keluarga merasa tidak mampu untuk menjalankan secara social (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 2005).

(3) Fungsi Reproduksi

Fungsi ini untuk menjaga kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Kehamilan merupakan fungsi biologis yang secara tidak langsung membutuhkan prasyarat-prasyarat tertentu: keturunan genetik yang sehat, penatalaksanaan fertilitas, perawatan selama siklus kehamilan, persalinan dan nifas dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang optimal (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 2005).

(4) Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk menyediakan sumber-sumber ekonomi yang memadai dan mengalokasikan sumber-sumber tersebut secara efektif. Apabila keluarga tidak memiliki sumber-sumber dana atau keuangan yang cukup, maka tidak jarang keluarga tidak membawa ibu hamil ke pelayanan kesehatan (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 2005).

(5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Adalah bagaimana kemampuan keluarga untuk mencegah timbulnya gangguan kesehatan dan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Menurut Friedman (2003), tugas-tugas keluarga adalah mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, dalam hal ini memberikan dukungan kepada ibu primigravida dalam mempersiapkan persalinannya. Di Indonesia kebanyakan laki-laki lebih dominan dan lebih berkuasa serta lebih berperan dalam rumah tangga, dalam memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usia yang terlalu muda serta mempertahankan suasana yang menguntungkan kesehatan dan mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan yang ditunjukkan melalui pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.

2. Dukungan Persalinan

Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan ciri dari asuhan kebidanan. Asuhan yang mendukung artinya kehadiran yang efektif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Dukungan tersebut antara lain meliputi:

a) Lingkungan

Suasana yang rileks dan bernuansa rumah akan sangat membantu wanita dan pasangannya merasa nyaman. Sikap bidan adalah sangat penting, mungkin lebih penting daripada bentuk fisik dari lingkungan tersebut. Ruangan persalinan harus dibuat sedemikian rupa sehingga pada waktu terjadi keadaan darurat bisa ditangani dengan cepat dan efisien.

b) Pendamping Persalinan

Asuhan kebidanan berupa dukungan persalinan kala I dapat diberikan dengan cara menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu untuk mendampingi ibu selama proses persalinan seperti suami, keluarga atau teman dekat. Suami dan keluarga dianjurkan untuk berperan aktif dalam mendukung dan melakukan kegiatan yang dapat memberikan kenyamanan bagi ibu. Pendamping ibu saat persalinan sebaiknya adalah orang yang peduli pada ibu, yang paling penting adalah orang-orang yang diinginkan oleh si ibu untuk mendampinginya selama persalinan.

c) *Mobilitas*

Ibu dianjurkan untuk merubah posisi dari waktu ke waktu agar merasa nyaman dan mungkin persalinan akan berjalan lebih cepat karena ibu merasa menguasai keadaan.

d) Pemberian Informasi

Suami harus diberi informasi selengkapny tentang kemajuan persalinan dan perkembangannya selama proses persalinan. Sikap pengobatan atau intervensi yang mungkin dan akan dilakukan harus dijelaskan terlebih dahulu. Ibu dan suaminya dilibatkan dalam pengambilan keputusan.

e) Teknik Relaksasi

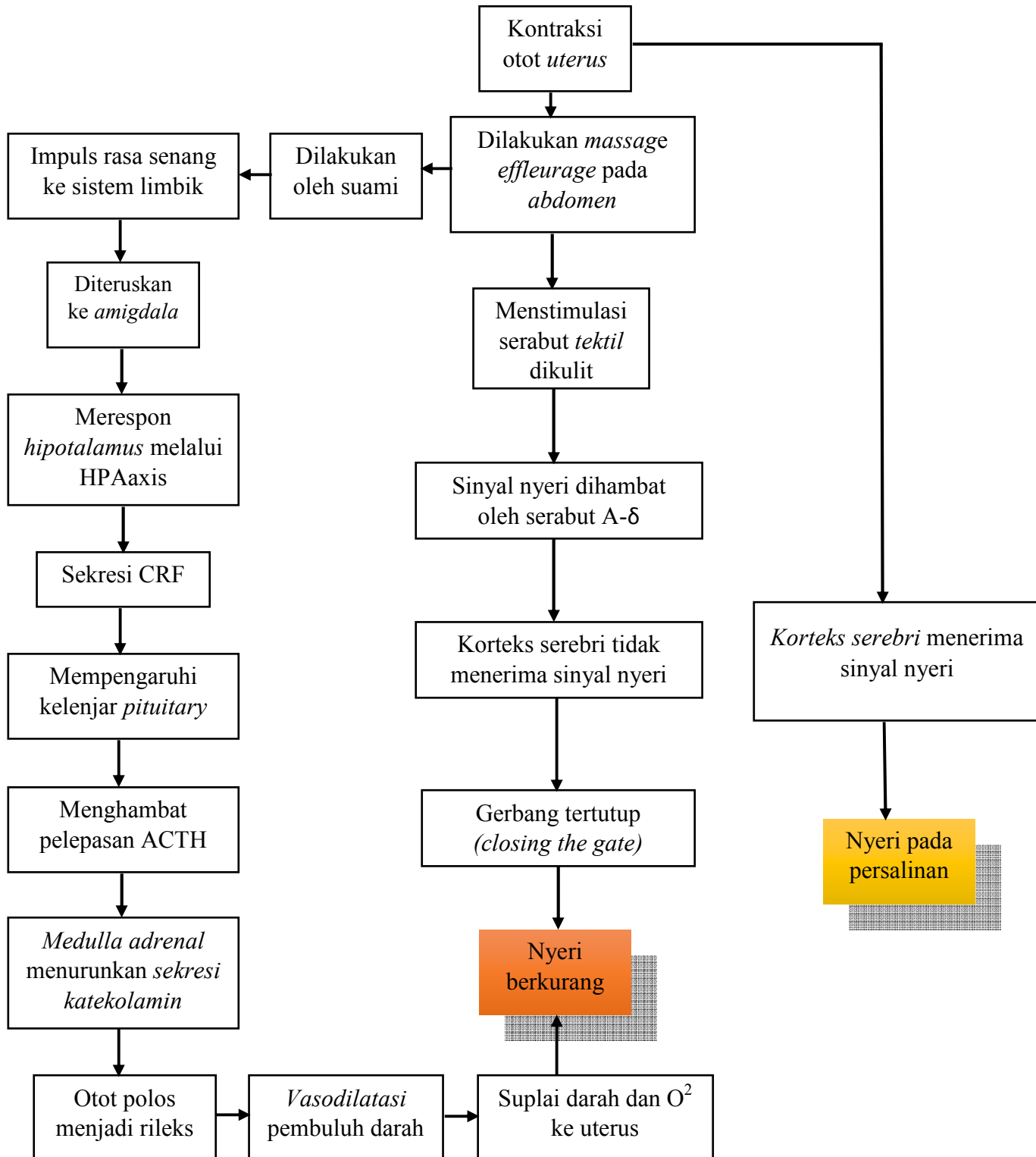
Jika ibu telah diajarkan teknik-teknik relaksasi ia harus diingatkan mengenai hal itu dan didukung sewaktu ia mempraktekan pengetahuannya.

f) Percakapan (Komunikasi)

Bila seorang ibu berada sedang dalam persalinan, akan ada waktunya untuk bercakap-cakap dan ada waktunya untuk diam. Wanita yang sedang dalam proses persalinan fase aktif akan menyukai ketenangan. Pada tahap ini seorang wanita akan merasa lelah dan setiap kontraksi akan memerlukan konsentrasi penuh dan semua cadangan emosional fisik yang bisa dikerahkannya. Ia mungkin akan menutup matanya dan ingin sendirian pada tahap ini. Jika ibu menyadari apa yang terjadi pada dirinya ia akan berkonsentrasi pada kemajuan persalinannya dan percakapan yang tidak bermanfaat tidak dibutuhkannya, melainkan sentuhan dan ekspresi wajah akan lebih penting.

g) Dorongan Semangat

Bidan harus berusaha memberikan dorongan semangat kepada ibu selama proses persalinannya. Sebagian besar wanita akan mencapai suatu tahap dimana mereka merasa tidak bisa melanjutkan lagi proses persalinannya dan merasa putus asa. Hanya dengan beberapa kata yang diucapkan secara lembut setelah tiap kontraksi atau beberapa kata pujian non-verbal sering sudah cukup memberi semangat.



(Dimodifikasi oleh Guyton, 2007; Potter & Perry, 2005)
 Bagan : Mekanisme Peranan Massage Effleurage yang dilakukan oleh suami terhadap Nyeri Persalinan

8. Komunikasi

Pengertian Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses pembentukan, penyampaian, penerimaan, dan pengolahan pesan yang terjadi didalam diri seseorang atau diantara dua atau lebih dengan tujuan tertentu. Pada dasarnya setiap pelaku komunikasi akan melakukan empat tindakan : membentuk, menyampaikan, menerima, dan mengolah pesan. Ke-empat tindakan tersebut lazimnya terjadi secara berurutan. Membentuk pesan artinya menciptakan sesuatu ide atau gagasan melalui kerja sistem syaraf. Pesan yang telah terbentuk ini kemudian disampaikan kepada orang lain. Baik secara langsung maupun tidak langsung. Seseorang akan menerima pesan yang disampaikan oleh orang lain, lalu pesan yang diterima ini kemudian akan diolah melalui sistem syaraf dan diintegrasikan. Selanjutnya pesan tersebut akan menimbulkan tanggapan atau reaksi dari orang tersebut. Demikianlah ke-empat tindakan ini akan terus-menerus terjadi secara berulang-ulang (Nurhasanah, 2010, hal.4).

Pada prinsipnya komunikasi merupakan suatu proses pengoperasian rangsangan atau stimulus baik berupa lambang atau simbol bahasa atau gerak (non-verbal. Proses komunikasi yang menggunakan stimulus atau respon dalam bentuk bahasa baik lisan maupun tulisan disebut komunikasi verbal. Sedangkan proses komunikasi yang menggunakan simbol-simbol disebut dengan komunikasi non-verbal (Yuswanto, 2009, hal.2).

6. Bentuk Komunikasi

Agar komunikasi berjalan efektif sesuai tujuan, maka dapat dilakukan dengan memilih komunikasi yang tepat ketika berkomunikasi. Bentuk – bentuk komunikasi antara lain : komunikasi interpersonal, merupakan salah satu bentuk komunikasi yang dianggap paling efektif, dimana antar komunikasi dan komunikator dapat langsung bertatap muka, karena sifatnya yang dialogis berupa percakapan. Komunikator mengetahui tanggapan komunikan pada saat itu juga. Komunikasi interpersonal atau dikenal juga dengan komunikasi antarpribadi,

yaitu proses komunikasi yang berlangsung antar dua orang atau lebih secara tatap muka. (Sunarto, 2003, hal.13).

Bentuk komunikasi yang lain adalah komunikasi kelompok, komunikasi yang dilakukan oleh sekumpulan orang yang mempunyai tujuan yang sama untuk mencapai tujuan bersama. Komunikasi ini terdiri dari dua bentuk yaitu komunikasi kelompok kecil, antara lain ceramah, diskusi, seminar dan lain – lain. Komunikasi kelompok besar, yaitu komunikasi yang dilakukan dengan jumlah pendengar yang banyak (Suryani, 2005, hal.6).

9. Komunikasi Teraupetik

1. Pengertian Komunikasi Teraupetik

Komunikasi teraupetik adalah kemampuan atau keterampilan perawat atau penolong untuk membantu klien beradaptasi terhadap stress, mengatasi masalah psikologis, dan belajar berhubungan dengan orang lain (Northouse, 1998, hal.12). Menurut Uripni dkk (2003), komunikasi teraupetik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, dimana kegiatan dan tujuan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi teraupetik memiliki peranan yang penting dalam membantu seorang klien dalam memecahkan masalah yang dihadapinya.

Dari beberapa pengertian diatas dapat dipahami bahwa komunikasi teraupetik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi. Komunikasi teraupetik merupakan hubungan yang memberikan dampak teraupetik yang akhirnya akan mempercepat proses kesembuhan klien (Yulifah, 2009, hal.18).

2. Tujuan Komunikasi Teraupetik

Menurut Suryani (2005), Komunikasi teraupetik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada kesembuhan klien yang meliputi : pertama, realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi

terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien. Klien yang tadinya tidak bisa menerima dirinya apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya.

Kedua, kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur, dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya (Hibdon, 2000).

Ketiga, peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis.

Keempat, rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Identitas personal disini termasuk status, peran, dan jenis kelamin. Klien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan perawat dapat membantu klien meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri yang jelas.

3. Prinsip Dasar Komunikasi Teraupetik

Ada beberapa prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik.

Berikut ini adalah prinsip dasar komunikasi terapeutik berdasarkan referensi dari Nurhasanah (2010, hal. 68) :

- a. Hubungan perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan. Didasarkan pada prinsip “ *Humanity of nurse and clients* ” didalamnya terdapat hubungan saling mempengaruhi baik pikiran, perasaan dan tingkah laku untuk memperbaiki perilaku klien.
- b. Prinsip yang sama dengan komunikasi interpersonal yaitu keterbukaan, empati, sifat mendukung, sikap positif dan kesetaraan.

- c. Kualitas hubungan perawat klien ditentukan oleh bagaimana perawat mendefinisikan dirinya sebagai manusia (*human*).
- d. Perawat menggunakan teknik pendekatan yang khusus untuk memberi pengertian dan merubah perilaku klien.
- e. Perawat harus menghargai keunikan klien, maka perawat perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat latar belakang.
- f. Komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.
- g. *Trust* (saling percaya) antara perawat dan klien yang harus dicapai terlebih dahulu sebelum dilakukannya identifikasi masalah dan pemecahan masalah.

4. Tahapan Komunikasi Teraupetik

Komunikasi teraupetik merupakan tanggung jawab moral seorang perawat serta salah satu upaya dilakukan oleh perawat untuk mendukung proses kesembuhan pasien. Untuk dapat melakukannya dengan baik dan efektif diperlukan strategi yang tepat dalam berkomunikasi teraupetik dapat tercapai. Komunikasi teraupetik yang terjadi antara perawat dan klien harus melalui empat tahap meliputi fase pra-interaksi, orientasi, fase kerja dan fase terminasi (Struart, G. W, 1998 dalam Adriana, 2012.hal.3)

Tahap Pra-interaksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Dalam tahapan ini perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya dan menggali terlebih dahulu kemampuan yang dimiliki klien, sebelum adanya kontak atau berhubungan dengan klien termasuk kondisi kecemasan yang menyelimuti diri perawat sehingga terdapat dua unsur yang perlu dipersiapkan pada tahap ini yaitu unsur diri sendiri dan unsure diri klien. Menurut Nasir (2009, hal.169) bahwa hal-hal yang dipelajari dari diri sendiri adalah Pengetahuan yang dimiliki yang terkait dengan penyakit dan masalah klien, kecemasan dan ketakutan diri, analisis kekuatan diri, dan waktu pertemuan, baik saat pertemuan maupun lama pertemuan. Sedangkan,

hal-hal yang perlu dipelajari dari unsur klien adalah perilaku klien dalam menghadapi penyakitnya, adat istiadat, dan tingkat pengetahuan.

Pada tahap pengenalan atau orientasi, perawat memulai kegiatan yang pertama kali dimana perawat bertemu pertama kali dengan klien. Kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga bahwa saat ini yang menjadi perawat adalah dirinya. Dalam hal ini berarti perawat sudah siap memberikan pelayanan keperawatan kepada klien. Menurut Suryani (2006), Tugas perawat pada tahap pengenalan adalah pertama, membina hubungan rasa saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Penting bagi perawat untuk mempertahankan hubungan saling percaya agar klien dan perawat ada keterbukaan dan saling menutup-nutupi. Kedua, memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka terhadap respon klien dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Perawat dituntut mampu membuat suasana tidak terlalu formal sehingga suasana tidak terkesan tegang dan tidak bersifat menginterogasi.

Pada tahap kerja, perawat mulai mengimplemntasikan rencana keperawatan yang telah dibuatnya pada tahap orientasi sebelumnya. Perawat menolong klien untuk mengatasi cemas, meningkatkan kemandirian, dan tanggung jawab terhadap dirinya (Nurjannah, 2001 dalam Nasir, dkk, hal.172). Menurut Murray, B dan Judith, P dalam suryani (2006), pada tahap kerja ini perawat diharapkan mampu menyimpulkan percakapan dengan klien. Teknik menyimpulkan ini merupakan usaha untuk memadukan dan menegaskan hal-hal yang penting dalam percakapan dan membantu perawat-klien memiliki pikiran dan ide yang sama terhadap proses kesembuhan penyakitnya sendiri. Akan tetapi, klien tidak pernah menyadari tentang hal tersebut sehingga seakan-akan proses kesembuhan merupakan tanggung jawab petugas kesehatan.

Tahap terakhir dalam komunikasi terapeutik adalah tahap terminasi, tahap ini merupakan tahap dimana perawat mengakhiri pertemuan dalam menjalankan tindakan keperawatannya serta mengakhiri interaksinya dengan klien. Terminasi dilakukan agar klien menyadari bahwa ada pertemuan dan perpisahan, dimana hubungan yang dibangun hanya sebatas hubungan perawat dan klien. Menurut Nurjannah, (2001 dalam Nasir, dkk, hal.175) Kegiatan yang dilakukan perawat adalah mengevaluasi seputar hasil kegiatan yang telah dilakukan sebagai dasar untuk tindak lanjut yang akan datang. Untuk itu kegiatan pada tahap terminasi merupakan kegiatan yang tepat untuk mengubah perasaan dan memori serta untuk mengevaluasi kemajuan klien dan tujuan yang telah dicapai.

5. Teknik Komunikasi Teraupetik

Tiap klien tidak sama oleh karena itu diperlukan penerapan teknik berkomunikasi yang berbeda pula. Berikut adalah teknik komunikasi berdasarkan referensi dari Shives (1994), Stuart & Sundeen (1950), dan Wilson & Kniel (1920).

- a. Mendengarkan, perawat mau mendengarkan keluhan klien dengan seksama dan penuh perhatian. Dengan demikian, kepercayaan klien terhadap kemampuan perawat akan terjaga.
- b. Menunjukkan penerimaan, perawat tidak perlu menampakkan penolakan maupun keraguan terhadap apa yang disampaikan klien yang membuat klien merasa tidak bebas dalam mengutarakannya.
- c. Menanyakan pertanyaan terbuka. Tujuan perawat bertanya dengan pertanyaan terbuka adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai kondisi riil dari klien.
- d. Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri. Dengan mengulang kembali ucapan klien, Menurut Stuart and Sundeen (1995), Pengulangan adalah pengulangan pikiran utama yang diekspresikan

klien. Tujuannya adalah memberikan penguatan dan memperjelas pada pokok bahasan atau isi pesan yang telah disampaikan oleh klien, sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan diperhatikan.

- e. Klarifikasi, menurut Geldard, dalam Suryani (2006) Klarifikasi merupakan upaya untuk mendapatkan persamaan persepsi antara klien dan perawat tentang perasaan yang dihadapi dalam rangka memperjelas masalah untuk memfokuskan perhatian.
- f. Memfokuskan, metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti, sehingga hanya tertuju pada topik pembicaraan saja.
- g. Humor, memberikan humor dapat membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang ibu rasakan.
- h. Memberikan informasi, hal ini bertujuan untuk menambah rasa percaya klien terhadap perawat, karena perawat terkesan menguasai masalah yang dihadapi klien.
- i. Menyimpulkan, membantu perawat mengulang aspek penting dalam interaksinya sehingga dapat melanjutkan pembicaraan selanjutnya.
- j. Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan, sehingga klien Berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.
- k. Refleksi, menganjurkan klien untuk mengemukakan dan mengembalikan ide serta perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.
- l. Diam, bertujuan untuk menunggu respon klien untuk mengungkapkan perasaannya.
- m. Membagi persepsi, klien bebas untuk menguraikan persepsinya sehingga perawat dapat melihat segala sesuatu yang diharapkan klien.
- n. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan, dimaksudkan untuk mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya.

- o. Menawarkan diri adalah menawarkan kehadiran, perhatian, dan pemahaman tentang sesuatu yang harus dilakukan tanpa pamrih.
- p. Memberikan penguatan, untuk meningkatkan motivasi kepada klien agar dapat berbuat lebih baik lagi.

6. Komunikasi Teraupetik Pada Ibu Melahirkan

Menurut Tamsuri (2005, dalam Adriana, 2012, hal.11), Langkah – langkah komunikasi terapeutik kebidanan pada ibu melahirkan :

- a. Menjalin hubungan yang mengesankan (rapport) dalam klien.
- b. Bidan menerima klien apa adanya dan memberikan dorongan verbal yang positif.
- c. Kehadiran, merupakan bentuk tindakan yang meliputi mengatasi semua kekacauan/kebingungan, memberikan perhatian total pada klien. Dalam hal ini pendampingan klien difokuskan secara fisik dan psikologis.
- d. Mendengarkan, bidan selalu mendengarkan dan memperhatikan keluhan klien.
- e. Sentuhan dalam Pendampingan Klien yang bersalin
- f. Bidan memberi rasa nyaman dan dapat membantu relaksasi, misalnya ketika kontraksi pasien merasa kesakitan, bidan memberikan sentuhan pada daerah pinggang klien sehingga pasien merasa nyaman.
- g. Memberikan Informasi Tentang Kemajuan Persalinan, merupakan upaya untuk memberi rasa percaya diri klien, bahwa klien dapat menyelesaikan persalinannya.
- h. Memandu Persalinan dengan memandu, misalnya bidan menganjurkan kepada klien untuk meneran pada saat his berlangsung.
- i. Mengadakan kontak fisik dengan klien, misalnya menyeka keringat mengipasi, memeluh klien, menggosok punggung klien.
- j. Memberikan pujian kepada klien atas usaha yang telah dilakukannya, Misalnya Bidan mengatakan : “ Bagus Ibu, pintar sekali menerannya

BAB III

PENUTUP

1. KESIMPULAN

1. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, serta berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri).
2. Dalam upaya mengurangi rasa nyeri persalinan terdapat berbagai metode/teknik yang dapat digunakan dalam memberikan asuhan kebidanan dalam proses persalinan berdasarkan *systematic review*, yaitu: metode counterpressure dan *abdominal lifting*, hypnobirthing, musik religi dan murattal, musik klasik dan daerah, relaksasi, kompres, minuman jahe hangat, acupressure, TENS, *account* dan *aromatherapy*.
3. Dalam proses persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu: kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (kala pengeluaran plasenta) dan kala IV.
4. *Massage* (pijatan) merupakan terapi nyeri yang paling efektif dan menggunakan refleks lembut manusia untuk menahan, menggosok atau meremas bagian tubuh yang nyeri. Macam-macam *massage* yang biasa dimanfaatkan yaitu: *aromatherapy massage*, *hot stone massage*, *sport massage*, *low back massage* dan *therapeutic massage*.
5. *Massage effleurage* yang dilakukan oleh suami terhadap nyeri persalinan kala fase I laten efektif dalam penurunan nyeri persalinan kala fase I laten. Nilai rata-rata penurunan nyeri persalinan tertinggi terdapat pada kelompok intervensi yaitu yang diberi perlakuan *massage effleurage* oleh suami, sedangkan pada kelompok kontrol yang melakukan relaksasi nafas dalam

yang didampingi oleh suami mendapatkan hasil penurunan namun tidak sebanyak nilai rata-rata penurunan nyeri persalinan yang diberi perlakuan *massage effleurage*.

6. Ibu primipara sebelum diberi *massage effleurage* rata-rata mengalami sensasi rasa nyeri persalinan pada derajat nyeri sedang.
7. Ibu primipara setelah diberi *massage effleurage* rata –rata mengalami sensasi rasa nyeri persalinan menjadi derajat nyeri ringan.
8. Terdapat efektifitas *massage effleurage* terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan pada ibu primipara.
9. Bentuk-bentuk dukungan suami terhadap ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan berupa dukungan fisik yaitu membantu pekerjaan rumah tangga, mengantar ibu hamil pemeriksaan kehamilannya ke bidan atau ke dokter. Dukungan emosional yaitu peningkatan kasih sayang dan perhatian terhadap ibu hamil juga memberikan semangat dan mengurangi rasa cemas atau rasa takut menghadapi persalinan, kemudian dukungan finansial dimana suami harus mempersiapkan biaya untuk keperluan ibu hamil dan calon anak yang dikandung istrinya.
10. Proses pengambilan keputusan dalam perawatan kehamilan dan persalinan memberikan dukungan pada ibu hamil adalah ada dua cara yaitu dengan cara suami mengambil keputusan sendiri/langsung tanpa musyawarah biasanya yang terkait dengan persiapan persalinan seperti membeli perlengkapan bayi dan bila ada hal yang mendesak seperti kondisi istri yang harus segera dibawa ke pelayanan kesehatan, kemudian yang kedua yaitu dengan cara musyawarah, itu biasanya terkait dengan adanya acara adat/perawatan kehamilan secara budaya, adanya masalah dalam keluarga dan siapa yang menolong persalinan nanti biasanya mengikuti tradisi keluarga, meskipun hanya sebagian suami yang berakhir dengan pengambilan keputusan hasil kesepakatan bersama. Dan sebagian lagi suami tetap pada akhirnya memberikan kewenangan pada mertua atau orang tua untuk mengambil keputusan.

11. Penurunan nyeri punggung pada ibu hamil trisemester III sebelum dilakukan *prenatal massage* hampir dari setengah ibu hamil trisemester III mengalami nyeri punggung dengan sedikit lebih nyeri.
12. Tujuan Asuhan Persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achdiat, C. . (2008). *Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Adams, R, White, B., & Beckett, C. (2010). No Title. *The Effects of Massage Therapy on Pain Management in the Acute Care Setting*.
- Afika, Nofi Sukma. 2017. Hubungan Pengetahuan dengan Minat Ibu Hamil Trisemester III dalam Melakukan Pregnancy Massage (di Wilayah Kerja Puskesmas Plandaan, Kecamatan Plandaan, Kabupaten Jombang), Prodi D IV Bidan Pendidik STIKES ICMe, Jombang.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, N. I. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Andarmoyo, Sulistyo dan Suharti. 2013. *Persalinan Tanpa Nyeri Berlebih*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Ardhiyanti, Y., Pitriani, R, & Damayanti, P. (2014). *Panduan Lengkap Keterampilan Dasar Kebidanan I*. Yogyakarta: Deepublish.
- Arifin, A., Kundre, R, & Rompas, S. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Proses Persalinan di Puskesmas Budilatama Kecamatan Gadung Kabupaten Buol Provinsi Sulawesi Tengah, 3.
- Aryani, Yeni, Masrul, Lisma Evareny. (2015). Pengaruh Masase Pada Punggung Terhadap Intensitas Nyeri Kala I Fase Laten Persalinan Normal Melalui Peningkatan Kadar ENdorfin. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), 70-7
- Astika, N. G. (2013). Pengaruh Massage Effleurage Terhadap Kontraksi Uterus pada Parturien Kala Fase I Aktif di RSIA Melinda Kediri, 22-28.
- Bare, S. &. (2008). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincot& Wilkins.
- Bobak, I, M. (2006). *Maternity Nursing*. Jakarta: EGC.
- Brunner, & Suddarth. (2008). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Carroll D, Tramer M, McQuay H, et al: Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104(2): 169-175, 1997.

- Chapman, V. (2006). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. London: Blackwell Publishing.
- Cunningham, F. (2013). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Danuatmadja, B., & Meiliasari, M. (2008). *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Puspa Swara.
- Depkes RI. (2007). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR
- Erb, K, Berman, & Snyder. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. Bowden, V. R. Jones, E. g. (2003). *Family Nursing, Research, Theory, & Practice*. 5thed. New Jersey: Prentice Hall.
- Gadysa. (2009). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Gadysa. (2009). Persepsi Ibu Tentang Metode Massage. <http://luluvikar.wordpress/persepsi-ibu-tentang-metode-massage>.
- Haghighi, N. B., Masoumi, S. Z., & Kazemi, F. (2016). Effect of Massage Therapy on Duration of Labour : A Randomized Controlled Trial, 1-5. <https://doi.org/10/7860/JCDR/2016/17447.7688>
- Harry, G. K. (2011). Pendekatan Non Farmakologis untuk Mengurangi Nyeri Saat Persalinan, 299-303.
- Hartanti. (2005). Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Skala Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesar di Ruang Mawar BP RSUD Bojonegoro Kabupaten Temanggung.
- Haseli, A., Jahdi, F., Egdampour, F., Naysanisamani, L., & Haghani, H. (2014). Effects of Effleurage Massage Plus Breathing Techniques on Childbirth Satisfaction in Primiparous Women Referring to Lolagar Hospital in Tehran, 12(6), 44-46.
- Hastono, s. (2007). *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Handerson, C., & Jones, K. (2006). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Ihca (Indonesia Holistic care Association). 2014. *Touch Training: Developing Mom, Baby Massage And Spa*. Semarang.

- Ilmi, N. (2015). Pengalaman Ibu Primipara yang Didampingi Suami Saat Menghadapi Proses Persalinan.
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- Judha, S. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Klossner, J. (2006). *Introductory Maternity Nursing*. Philadelphia: Lippincot& Wilkins.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2010). *Maternity Nursing* (8th ed.). United States of America: Mosby Elsevier.
- Mander, R. (2006). *Nyeri Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mons Dragon. (2004). *Pregnancy Information (Effleurage and Massage)*. <http://www.monsdragon.org/preg/effleurage.html>.
- Murray, M., & Huelsman, M. G. (2013). *Persalinan dan Melahirkan*. Jakarta: EGC
- Musbikin, (2012). *Persiapan Menghadapi Persalinan dari Perencanaan Kehamilan Sampai Mendidik Anak*. Yogyakarta: Mitra Pustaka.
- Musrifatul, U., & Hidayat, A. (2008). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2007). *Manajemen Keperawatan dan Aplikasinya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktarina, M. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deepublish.
- Pane, A. N. (2014). Efektivitas Teknik Effleurage Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Ibu Bersalin Kala I DI Klinik Bersalin Sumiariani Kecamatan Medan Johor Kabupaten Deli Serdang Tahun 2014.
- Piliteri, A. (2007). *Maternal and Child Health Nursing*. Philadelphia: Lippincot& Wilkins.
- P.M. Sellers, 1993, Midwifery, South Africa, Creda Press, Solan Road, Cape Town

- Potter, P., & Perry, A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Purnani, W. T. R. I. (2013). Perbedaan Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Antara Teknik Relaksasi Nafas Dalam dengan Teknik Pijat Effleurage yang Dilakukan Oleh Suami pada Ibu Inpartu di Bidan Praktek Swasta.
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2003. Buku III *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartum*.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP
- Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP
- Simkin, P. (2011). *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta: Arcan.
- Sondakh, J. J. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga.
- Sujiatini, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Sulistyawati, Ari. 2007. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika
- Van der Riet, P. (2011). Effleurage and Petrissage: Holistic Practice in Thailand. *Contemporary Nurse*, 37(2), 227-228.
- Varney, Helen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ed. 4*. Jakarta: EGC
- Wahyuni, S., & Wahyuningsih, E. (2015). Pengaruh Massage Effleurage Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Bersalin di RSUD Muhammadiyah Delanggu Klaten 2015, 1-11.
- Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Winkjosastro, H. (2012). *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sawono Prawirohardjo.
- Wulandari, P., & Hiba, P. D. N. (2012). Pengaruh Massage Effleurage Terhadap Pengurangan Tingkat Nyeri Persalinan Kala Satu Fase Aktif pada Primigravida di Ruang Bougenvile RSUD Tugurejo Semarang, 59-67. Retrieved From

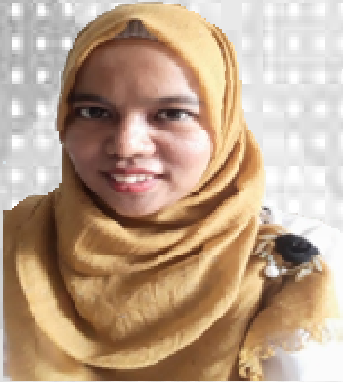
<http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2014/09/Pengaruh-Massage-Effleurage-Terhadap-Pengurangan-Tingkat-Nyeripersalinan-Kala-I-Fase-Aktif-Pada-Primigravida-DI-Ruang-Bougenville-Rsud-Tugurejo-Semarang.pdf>

Yulianti, T., & Nurhidayati, N. (2013). Pendampingan Suami dan Skala Nyeri pada Persalinan Kala I Fase Aktif. *Bidan Prada: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(1), 1-14.

Yuliatun, L. (2008). *Penanganan Nyeri Persalinan Dengan Metode Nonfarmakologi*. Malang: Bayumedia Publishing.

Yumni. (2010). Pengaruh Pendampingan Suami Terhadap Proses Persalinan Kala I di Empat Klinik Bersalin di Sidoarjo dan Surabaya.

PROFIL PENULIS



Liana, S.S.T., M.MK. Lahir di Pangkalan Berandan,
19 Februari 1987. Lulusan Diploma III Kebidanan STIKes
Putra Abadi Langkat Stabat Tahun 2008, lulus Diploma IV
Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

Tahun 2010, dan lulus S2 peminatan Kesehatan Reproduksi Program Studi
Kesehatan Masyarakat Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan Tahun 2015. Saat
ini tercatat sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan dan Ketua
Program Studi Profesi Bidan STIKes Getsempena Lhoksukon. Pernah menjabat
sebagai Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Getsempena
Lhoksukon.

